

**ÉVALUATION DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MENTALE
SCL-90-R**

**Marjolaine Gosselin¹
Jacques Bergeron²**

¹Psychologue, Hôpital Notre-Dame
Agent de recherche au RISQ

²Professeur agrégé, Département de psychologie
Université de Montréal
Chercheur principal RISQ

Mars 1993

Cette recherche a bénéficié d'une subvention d'équipe en toxicomanie du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ

coordination de l'Édition:

Louise Guyon

collaboration à l'édition:

Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au:

RISQ

950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : (514) 385-0046

Télécopieur : (514) 385-4685

Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement aux auteurs:

Jacques Bergeron

Tél.: (514) 343-5811

Marjolaine Gosselin

Tél.: (514) 876-6947

AVANT-PROPOS

Ce document sur *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R* a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ: chercheurs principaux, chercheurs associés, collaborateurs, agents de recherche, étudiants et stagiaires. Chaque texte est soumis à l'approbation de deux lecteurs choisis parmi les membres de l'équipe ou de la communauté scientifique. Ce document a été relu par Mmes Denyse Boivin, Louise Guyon, et par M. Michel Landry. Les auteurs remercient très chaleureusement Mme Céline Mercier et M. Rodrigue Paré pour la documentation et les données mises à leur disposition. Les auteurs remercient également Fabienne Fortin et Ginette Coutu-Wakulczyk pour leur aimable collaboration ainsi que Mme Suzanne Lamothe et Mme Marcelle Demers pour l'organisation et le traitement de texte.

LA PUBLICATION

Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R constitue une évaluation systématique des qualités métrologiques du questionnaire *Syndrom Check List (SCL-90-R)*, tant dans sa version originale en anglais (Derogatis, 1977) que dans sa version française réalisée au Québec en 1985 par Fortin et Coutu-Wakulczyk. L'étude met l'accent sur la pertinence de l'utilisation de ce questionnaire comme mesure d'évaluation de la santé mentale ou de la détresse psychologique de personnes alcooliques ou toxicomanes.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de:

"préparer les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes à intervenir plus efficacement auprès de leur clientèle, et ce dès 1995. Les résultats qui en seront issus pourront également être utiles à des fins de prévention et de planification."

Le programme de recherche du RISQ s'actualise à travers cinq axes principaux qui prévoient:

établir le profil biopsychosocial de la clientèle cible âgée de 18 à 35 ans des centres de réadaptation en le comparant à celui de la population générale de la même catégorie d'âge;

identifier les facteurs (de vulnérabilité ou de protection) et les conduites associées susceptibles d'influencer le processus de réadaptation;

évaluer l'importance relative des divers déterminants du processus de réadaptation;

élaborer un cadre conceptuel sur les conditions qui favorisent l'augmentation et la réduction de la consommation de substances psychoactives et des problèmes qui y sont associés chez les 18-35 ans;

développer et valider des instruments psychométriques et des outils de recherche dans le domaine de la toxicomanie.

Logé au Centre de réadaptation Domrémey-Montréal lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence ainsi que des tirés-à-part des différents articles publiés par ses chercheurs. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

AUTRES CAHIERS DU RISQ:

CAHIERS DE RECHERCHE:

BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, I., VAUGEOIS, P. et TRÉPANIÉ, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. (102 pages)

NADEAU, L. (1993). *La dépendance aux substances psychoactives: la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique*. (15 pages)

GUYON, L., LANDRY, M. et coll. (1993). *Analyse descriptive de la population en traitement de Domrémy-Montréal, à partir de l'IGT 1991-1992. Résultats généraux*. (62 pages)

BERGERON, J. et GOSSELIN, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. (80 pages)

BROCHU, S., KISHCHUK, N., LANDRY, M., MERCIER, C., et NADEAU, L. et coll. (1993) *Programme de recherche du RISQ: Cadre conceptuel*. (119 pages)

CAHIERS TECHNIQUES:

BRUNELLE, N. (1992). *Drug Abuse Screening Test (DAST) et Alcohol Dependance Scale (ADS). Guides pratiques à l'intention des utilisateurs.* (28 pages)

DESJARDINS, L. et GUYON, L. (1993). *Constitution de la banque de données IGT de Domrémy-Montréal, 1991-1992.* (100 pages).

RÉSUMÉ

Le présent rapport a pour but d'évaluer les qualités psychométriques du SCL-90-R, un questionnaire d'auto-évaluation de la santé mentale (Derogatis, 1977) très utilisé aux États-Unis dans sa version originale anglaise et dont une version française a été réalisée au Québec par Fabienne Fortin et Ginette Coutu-Wakulczyk (1985). Cette version est déjà utilisée par le Centre d'accueil Domrémy et La Maison Jean-Lapointe comme mesure d'évaluation de la détresse psychologique de certains groupes de personnes alcooliques ou toxicomanes. Il existe aussi une version abrégée du SCL-90-R, le BSI («Brief Symptom Inventory», Derogatis et Melisaratos, 1983) dont la version française est utilisée au Québec, notamment, dans le cadre d'une recherche évaluative des changements psycho-sociaux chez des alcooliques suivis en externe à l'Hôpital St-François d'Assise (Boivin et Laforge 1990; analyse en cours). Bien que l'utilisation du SCL-90-R soit de plus en plus répandue au Québec pour apprécier l'état de santé mentale ou de la détresse psychologique chez des personnes alcooliques ou toxicomanes, aucune étude approfondie n'avait jusqu'ici évalué la validité de ce questionnaire - et particulièrement de ses dimensions factorielles - pour ce type particulier de population. Il s'agissait donc d'effectuer une évaluation des qualités métrologiques du SCL-90-R, et de sa pertinence comme mesure d'évaluation de la santé mentale ou de la détresse psychologique de personnes alcooliques ou toxicomanes.

Le rapport se divise en quatre parties. La *première partie* donne une description des items et des dimensions de la version originale américaine, ainsi que de la version française du SCL-90-R. La *deuxième partie* rapporte les résultats d'une recension critique des écrits sur la fidélité et la validité du SCL-90-R, en mettant un accent particulier sur les études portant sur la validité des concepts opérationnels de ce questionnaire, ainsi que sur celles réalisées auprès d'une population alcoolique et/ou toxicomane. Une *troisième partie* porte sur les qualités psychométriques de la forme abrégée du SCL-90-R, le BSI. Enfin une *quatrième partie* présente des recommandations quant à l'utilisation appropriée du SCL-90-R auprès d'une population d'alcooliques et/ou de toxicomanes.

Suite à l'examen critique des résultats obtenus dans plusieurs dizaines d'études, les auteurs du présent rapport estiment que le SCL-90-R constitue un questionnaire doté de qualités psychométriques satisfaisantes. Les études de fidélité indiquent une très bonne consistance interne ainsi qu'une bonne fidélité test-retest pour les trois indices globaux et les neuf dimensions du SCL-90-R, tant pour la version originale anglaise que pour la version

française (québécoise). Les études américaines révèlent également une validité de convergence acceptable pour chacune des neuf dimensions du SCL-90-R. La validité de différenciation est cependant plus problématique, puisque toutes les dimensions présenteraient des corrélations assez fortes avec des échelles de dépression et d'anxiété. Cette dernière observation, conjuguée avec l'obtention de corrélations élevées entre les dimensions et de coefficients de consistance interne très élevés du score global, portent à croire que le SCL-90-R pourrait représenter davantage une mesure de détresse globale ou générale, plutôt que des dimensions spécifiques de la psychopathologie tel que conceptualisé par Derogatis (1977). L'analyse comparative des analyses factorielles du SCL-90-R fait d'ailleurs ressortir une instabilité factorielle pour plusieurs dimensions, notamment pour les échelles d'anxiété et de psychotisme. La procédure Factorep (Walkey et McCormick, 1983), qui vise à extraire les facteurs communs à plusieurs échantillons, et pourrait être utilisé avec profit pour accroître la stabilité factorielle du questionnaire.

La version abrégée de 53 items du SCL-90-R, le BSI, présente une consistance interne, une fidélité test-retest ainsi qu'une validité de convergence acceptables quoique légèrement inférieures à celles retrouvées avec le SCL-90-R.

La validité du SCL-90-R auprès d'une population alcoolique et/ou toxicomane apparaît plutôt satisfaisante. Des études révèlent des corrélations significatives entre l'intensité de la détresse au SCL-90-R et la sévérité de l'alcoolisme.

Les auteurs recommandent d'exploiter les banques de données déjà disponibles avec la version française (québécoise) du SCL-90-R pour effectuer des analyses factorielles sur les réponses des personnes utilisant des substances psychoactives et d'entreprendre des études de normalisation tant auprès de la population alcoolique et/ou toxicomane que de la population générale, de façon à optimiser l'utilisation de ce questionnaire.

TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION	1
II - DESCRIPTION DU SCL-90-R	3
1. Somatisation (SOM)	6
2. Obsession-compulsion (O-C)	7
3. Sensibilité interpersonnelle (S. Int.)	8
4. Dépression (DÉP)	9
5. Anxiété (ANX)	10
6. Hostilité	11
7. Anxiété phobique (A-PHO)	12
8. Idéation paranoïde (I. Par)	13
9. Psychotismes (PSY)	14
10. Items additionnels	15
III - QUELQUES NOTIONS RELIÉES À LA VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE	16
1. Fidélité	16
2. Validité	17
3. Autres aspects de la validation: sensibilité, spécificité, normalisation	18
IV - LES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU SCL-90-R	19
1. Fidélité du SCL-90-R	19
2. Validité du SCL-90-R	21
3. Description des résultats des analyses factorielles	26
4. Stabilité ou invariance factorielle du SCL-90-R	30
5. Validité avec corrélation de critères : Validité de convergence et de différenciation	33
6. Validité du SCL-90-R avec une population alcoolique et/ou toxicomane ..	36
V - QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU BSI ("BRIEF SYMPTOM INVENTORY")	45
VI - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	48
RÉFÉRENCES	51

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	
Symptômes inclus dans la dimension somatisation	6
TABLEAU 2	
Symptômes dans la dimension obsession-compulsion	7
TABLEAU 3	
Symptômes inclus dans la dimension sensibilité interpersonnelle	8
TABLEAU 4	
Symptômes inclus dans la dimension dépression	9
TABLEAU 5	
Symptômes inclus dans la dimension anxiété	10
TABLEAU 6	
Symptômes inclus dans la dimension hostilité	11
TABLEAU 7	
Symptômes inclus dans la dimension anxiété phobique	12
TABLEAU 8	
Symptômes inclus dans la dimension de l'idéation paranoïde	13
TABLEAU 9	
Symptômes inclus dans la dimension psychotisme	14
TABLEAU 10	
Symptômes inclus dans les items additionnels du SCL-90-R	15
TABLEAU 11	
Coefficients de consistance interne cronbach alpha de la version américaine et de la version française du SCL-90-R	20
TABLEAU 12	
Corrélation test-retest pour chacune des dimensions de la version française et coefficients alpha obtenus aux temps 1 et 2 pour la version américaine et la version française	21

TABLEAU 13	Dimensions théoriques du SCL-90-R retrouvées sans équivoque (+), en partie (±) ou non retenues (-) dans les études d'analyse factorielle.	24
TABLEAU 14	Corrélations entre les scores aux dimensions du SCL-90-R et les scores aux échelles équivalentes du MMPI (cliniques; Tyron: T, Wiggins:W)	34
TABLEAU 15	Résultats au SCL-90-R de la clientèle masculine de la MJL et comparaison avec d'autres populations	38
TABLEAU 16	Résultats au SCL-90-R de la clientèle féminine de la MJL et comparaison avec d'autres populations	40
TABLEAU 17	Résultats au SCL-90-R de la clientèle de la MJL et comparaison hommes-femmes	41
TABLEAU 18	Coefficients de consistance interne et de fidélité test-retest pour les neuf dimensions de symptômes primaires et les trois indices globaux de détresse pour le BSI .	46

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A

SCL-90-R - version originale	61
------------------------------------	----

ANNEXE B

SCL-90-R - version française (québécoise)	65
---	----

ANNEXE C

BSI - version originale	71
-------------------------------	----

ANNEXE D

BSI - version française (québécoise)	75
--	----

I - INTRODUCTION

Depuis les trente dernières années, plusieurs questionnaires d'auto-évaluation ont été élaborés et validés pour évaluer une foule de problèmes de santé mentale. Ce développement important résulte des avantages certains reliés à l'emploi de ce type d'instruments en complément des mesures d'évaluation clinique habituelles (Steer & Henry, 1979). En effet, les questionnaires d'auto-évaluation sont brefs, peu coûteux et représentent une économie de temps professionnel puisqu'ils peuvent être administrés et corrigés par des non professionnels à l'aide d'un ordinateur (Derogatis et Melisaratos, 1983). Selon Derogatis (1989), le principal avantage des questionnaires auto-administrés découle du fait que les réponses proviennent du répondant lui-même qui vit le phénomène ou le trouble à l'étude. Ils fournissent donc une information exclusive qui ne peut être obtenue aussi fidèlement par un observateur externe.

Toutefois, les questionnaires d'auto-évaluation ont certaines limitations. En premier lieu, ils présupposent la validité de l'«*inventory premise*» à savoir que le répondant *peut* et *veut* décrire correctement ses expériences ou ses comportements correspondant au phénomène à l'étude (Derogatis & Melisaratos, 1983). Évidemment, cette prémisse ne peut pas être toujours respectée. Outre les efforts conscients du répondant à fausser ses réponses, les «*styles de réponse*» (*response sets*) tels la tendance à l'acquiescement, la tendance à deviner quand on doute, la tendance à la réponse extrême et la tendance à exprimer une impression favorable de soi-même vis-à-vis des autres (*social desirability*) (Edwards, 1959) peuvent aussi affecter négativement la fidélité et la validité des questionnaires auto-administrés (Pariente & Guelfi, 1990). De plus, des troubles psychologiques particuliers tels que la tendance à dénier ou encore des états psychotiques aigus vont également à l'encontre de l'«*inventory premise*». Certains troubles psychotiques ne peuvent être décelables que par une observation extérieure lorsque le moi observateur n'est plus fonctionnel. De la même façon, une réponse adéquate à ce type de questionnaire exige une alphabétisation et une scolarité minimale (études primaires complétées), ce qui exclut les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou analphabètes. Toutefois, certains de ces biais potentiels peuvent être limités par le recueil d'informations sur les caractéristiques psychosociales des personnes qui répondent au questionnaire (scolarité, troubles psychiatriques, etc.), des instructions précises données aux répondants ou encore par la voie de questions directes posées aux

sujets sur la facilité ou les difficultés perçues en répondant au questionnaire, l'administration du questionnaire par un interviewer.

Malgré ces possibles limitations, les avantages de l'utilisation des questionnaires auto-administrés pour l'évaluation des problèmes de santé mentale ou de la détresse psychologique ressortent clairement (Et la santé, ca va? Tome 1, 1987). Ainsi, des questionnaires d'auto-évaluation de la santé mentale valides peuvent constituer des outils de dépistage valables au plan clinique et des instruments de recherche sensibles au changement amené par diverses interventions thérapeutiques (Kellner, 1971; Derogatis & Melisaratos 1983).

Le présent rapport a pour but d'évaluer les qualités psychométriques du SCL-90-R, un questionnaire d'auto-évaluation de la santé mentale (Derogatis, 1977) très utilisé aux États-Unis dans sa version originale anglaise et dont une version française a été réalisée au Québec par Fabienne Fortin et Ginette Coutu-Wakulczyk. Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) ont effectué une étude de validation de la version française (québécoise) du SCL-90-R auprès d'un échantillon de 404 femmes de 20 à 45 ans, choisies de façon aléatoire parmi la population féminine de la région de Montréal. Cette version française (québécoise) du SCL-90-R est utilisée par le Centre d'accueil Domrémy et La Maison Jean-Lapointe, chez des personnes alcooliques ou toxicomanes, comme mesure d'évaluation de l'impact au plan de leurs programmes au plan de leur détresse psychologique. Il existe une version abrégée du SCL-90-R, le BSI («Brief Symptom Inventory», Derogatis et Melisaratos, 1983) dont la version française est utilisée au Québec dans le cadre d'une recherche évaluative des changements psycho-sociaux chez des alcooliques suivis en externe à l'Hôpital St-François d'Assise (Boivin et Laforge, 1990), ainsi qu'auprès de personnes âgées traitées au département de gériatrie du Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke. Bien que l'utilisation du SCL-90-R soit de plus en plus répandue au Québec pour apprécier l'état de santé mentale ou de la détresse psychologique chez des personnes alcooliques ou toxicomanes, aucune étude approfondie n'a évalué la validité de ce questionnaire - et particulièrement de ses dimensions factorielles - pour ce type particulier de population. L'équipe de recherche du RISQ a donc décidé d'effectuer une évaluation des qualités métrologiques du SCL-90-R, et de sa pertinence comme mesure d'évaluation de la santé mentale ou de la détresse psychologique de personnes alcooliques ou toxicomanes.

Le rapport se divise en quatre parties. La *première partie* brossera une description des items et des dimensions de la version originale américaine ainsi que de la version française du SCL-90-R. Une deuxième partie définira les concepts de fidélité et de validité qui serviront à l'évaluation des qualités métrologiques du questionnaire et s'attachera à effectuer une recension critique des écrits sur la fidélité et la validité du SCL-90-R en plaçant un accent particulier sur les études portant sur la validité des concepts opérationnels de ce questionnaire ainsi que sur celles réalisées auprès d'une population alcoolique et/ou toxicomane. Une *troisième partie* portera sur les qualités psychométriques de la forme abrégée du SCL-90-R, le BSI (Derogatis et Melisaratos, 1983). Enfin une *quatrième partie* présentera une série de recommandations quant à l'utilisation appropriée du SCL-90-R auprès d'une population d'alcooliques et/ou de toxicomanes.

II - DESCRIPTION DU SCL-90-R

Le SCL-90-R est un inventaire de santé mentale élaboré par la «Clinical Psychometrics Research Unit» (Derogatis, 1977) afin de permettre une auto-évaluation de symptômes de comportement (physiques ou psychiatriques) auprès de diverses populations composées de sujets normaux ou présentant des problèmes physiques ou psychiatriques. Tel que Derogatis le stipule, le SCL-90-R *n'est pas un inventaire de personnalité* mais plutôt un instrument visant à fournir un *profil psychologique* ou un reflet de *l'état psychologique actuel*.

Le SCL-90-R tire ses origines du «Hopkins Symptom Checklist» (HSCL; Derogatis, *et al.*, 1974), un questionnaire d'auto-évaluation de symptômes de comportement composé de 58 items et qui a été fréquemment utilisé dans des études évaluatives de l'impact de psychothérapies ou pharmacothérapies (Waskow et Parloff, 1975; McNair, 1974) auprès de populations de névrotiques ou d'anxio-dépressifs. Le HSCL- 58 comporte cinq dimensions symptomatiques primaires : somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété. Le SCL-90-R est le résultat de l'extension de la symptomatologie exprimée par les cinq dimensions du HSCL-58 à laquelle Derogatis (1977) a ajouté 32 nouveaux items formant quatre nouvelles dimensions de symptômes. Ces quatre nouvelles dimensions sont: l'anxiété phobique, l'hostilité, l'idéation paranoïde et le psychotisme. De plus, sept items additionnels qui ne sont pas censés avoir une influence ou un «poids» (load)

sur aucune des dimensions précédentes, et dont plusieurs ont rapport à l'appétit et au sommeil, sont également inclus dans le questionnaire en raison de leur importance clinique. Chaque item du SCL-90-R est coté sur une échelle de cinq niveaux d'intensité de détresse (0-4) allant de «pas de tout» (*not at all*) à «excessivement» (*extremely*). De plus, le SCL-90-R permet aussi d'obtenir trois indices globaux: IGS, TSP et IDSP. L'*indice global de sévérité* (IGS) ou le «Global Severity Index» (GSI) représente la somme des cotes d'intensité à tous les items divisée par 90 et peut ainsi être utilisé comme score général de détresse. Il s'agit du meilleur indicateur du niveau ou de l'importance de la détresse et peut être retenu comme seul score si un score unique était désiré. Le *total des symptômes positifs* (TSP) ou le «Positive Symptom Total (PST)» constitue le nombre d'items dont la cote d'intensité de la détresse est différente de zéro, et ce indépendamment de l'intensité. Pour sa part, l'*indice de détresse des symptômes positifs* (IDSP) ou le «Positive Symptom Distress» (PSDI) mesure l'intensité moyenne des symptômes rapportés et est obtenu en additionnant les cotes d'intensité de détresse non nulles puis en divisant ce total par le TSP. Ce dernier indice fonctionne comme une mesure du style de réponse de l'individu dans l'expression ou l'évaluation de sa détresse, soit en l'augmentant, soit en la diminuant.

Les auteurs ont porté une attention particulière à la rédaction des items. Ils sont écrits dans une langue très accessible et avec une construction grammaticale simple. Le SCL-90-R est facilement compréhensible et peut être utilisé avec différentes populations de patients souffrant d'une maladie physique ou psychiatrique de 13 ans ou plus, et avec une scolarité équivalente à une sixième année. D'après les auteurs, une période d'environ vingt minutes suffit pour le compléter, mais cette période peut être sensiblement plus longue dans le cas de populations plus handicapées.

Le SCL-90-R mesure la symptomatologie éprouvée au cours des sept derniers jours. L'avantage d'une telle mesure portant sur les sept derniers jours par rapport à une mesure avec une période de temps plus longue ressort clairement lorsque l'on constate les limites de la mémoire. En effet, il est bien reconnu qu'on se souvient généralement plus facilement des événements récents qui ont eu lieu au cours des jours précédents que des situations qui sont survenues au cours du dernier mois ou de la dernière année (Thoist, 1983). De plus, selon Derogatis (1977), la période des sept derniers jours fournit habituellement les informations les plus pertinentes sur le statut clinique des patients.

Pour la version originale anglaise (américaine), des normes existent pour trois types de population basées sur : (a) 1,002 patients psychiatriques ambulatoires; (b) 719 sujets normaux; (c) 112 adolescents traités dans une clinique externe de psychiatrie. Quant à la version française, des normes pour la population féminine québécoise ont été établies par Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) à partir de leur échantillon de 404 femmes de la région de Montréal.

Des copies de la version originale en anglais et de la version française réalisée au Québec apparaissent à l'appendice A. Il y a plusieurs autres versions étrangères du SCL-90-R, qui existe en tchèque (Boleloucky et Horvath, 1974), en hébreu (Roskin et Dasberg, 1983), en chinois (Wu, 1986), en coréen (Kim *et al.*, 1978), en vietnamien (Lin, Tazuma et Masuda, 1979) ainsi qu'une seconde version française élaborée en France (Pariente *et al.*, 1989).

Dans les paragraphes suivants, nous définirons brièvement chacune des neuf dimensions de symptômes primaires et en reproduisant sous forme de tableaux les items correspondants dans leur version française (québécoise).

1. Somatisation (SOM)

La dimension «somatisation» (*somatization*) traduit la détresse provenant du dysfonctionnement corporel aux plans cardio-vasculaire, gastro-intestinal, respiratoire, musculaire et autres systèmes possiblement influencés par le système nerveux autonome, y compris les composantes somatiques de l'anxiété. Ces symptômes sont fréquents dans l'étiologie de ce trouble mais peuvent aussi refléter une maladie physique en soi.

TABLEAU 1

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION SOMATISATION

No	Symptômes
1.	Mal de tête
4.	Faiblesses ou étourdissements
12.	Douleurs à la poitrine ou douleurs cardiaques
27.	Douleurs au bas du dos
40.	Nausées, douleur ou malaises à l'estomac
42.	Douleurs musculaires
48.	Difficultés à prendre le souffle
49.	Bouffées de chaleur ou frissons
52.	Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps
53.	Boule dans la gorge
56.	Sentiment de faiblesses dans certaines parties du corps
58.	Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes

2. **Obession-compulsion (O-C)**

La dimension «obsession-compulsion» (*obsessive-compulsive*) reflète les symptômes fortement identifiés au syndrome du même nom. Il s'agit de pensées, d'impulsions et des actions vécues comme étant involontaires, irrésistibles et aliénantes. Des comportements et des expériences exprimant une dysfonction cognitive sont également inclus dans cette dimension.

TABLEAU 2

SYMPTÔMES DANS LA DIMENSION OBSESSION-COMPULSION

No	Symptômes
3.	Pensées désagréables répétitives
9.	Difficulté à se rappeler certaines choses
10.	Inquiétude face à la négligence ou à l'insouciance
28.	Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout
38.	Faire les choses très lentement pourvu qu'elles sont bien faites
45.	Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites
46.	Difficulté à prendre des décisions
51.	Blancs de mémoire
55.	Difficulté à vous concentrer
65.	Besoin de répéter les mêmes actions telles que toucher, compter, laver

3. Sensibilité interpersonnelle (S. Int.)

La dimension «sensibilité interpersonnelle» (*interpersonal sensitivity*) exprime des sentiments d'inadéquation et d'infériorité d'un individu par comparaison aux autres. L'auto-dépréciation, le sentiment d'être mal à l'aise et l'inconfort marqué lors d'interactions interpersonnelles constituent des manifestations caractéristiques de ce syndrome. De plus, les individus qui obtiennent un score élevé à cette dimension indiquent une conscience personnelle aiguë ainsi que des attentes négatives en ce qui a trait à leurs communications et à leurs comportements dans des relations interpersonnelles.

TABLEAU 3

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION SENSIBILITÉ INTERPERSONNELLE

No	Symptômes
6.	Envie de critiquer les autres
21.	Timidité ou maladresse avec les personnes du sexe opposé
34.	Facilement froissée ou blessée
36.	Sentiments que les autres ne vous comprennent pas ou ne sont pas sympathisants
41.	Sentiment d'être inférieur aux autres
61.	Mal à l'aise lorsqu'on vous observe, on parle de vous
69.	Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes
73.	Sentiments d'inconfort de boire et manger en public

4. Dépression (DEP)

La dimension *dépression* («depression») reflète une vaste gamme de manifestations de la dépression clinique. Les symptômes dysphoriques de l'humeur et de l'émotivité, de la perte d'intérêt à la vie et de l'énergie vitale ainsi que d'un manque de motivation caractérisent cette dimension. De plus, des items sur le sentiment de désespoir et sur des idées suicidaires ainsi que d'autres aspects cognitifs et somatiques de la dépression sont inclus dans cette dimension.

TABLEAU 4

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION DÉPRESSION

No	Symptômes
5.	Diminution de l'intérêt sexuel
14.	Sentiment d'être au ralenti ou de manquer d'énergie
15.	Pensées suicidaires
20.	Pleurer facilement
22.	Sentiment d'être prise au piège
26.	Se blâmer soi-même pour certaines choses
29.	Sentiment de solitude
30.	Sentiment de tristesse
31.	S'en faire à propos de rien et de tout
32.	Manque d'intérêt pour tout
54.	Pessimisme face à l'avenir
71.	Sentiment que tout est un effort
79.	Sentiment d'être bonne à rien

5. Anxiété (ANX)

La dimension *anxiété* («anxiety») regroupe un ensemble de symptômes et de signes cliniques d'un niveau élevé d'anxiété manifeste. Des signes généraux de nervosité, de tension et de tremblement sont inclus de même que des sentiments de terreur et des attaques de panique. Des items exprimant des sentiments d'appréhension et de menace ainsi que des composantes somatiques de l'anxiété font également partie de cette dimension.

TABLEAU 5

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION ANXIÉTÉ

No	Symptômes
2.	Nervosité et tremblements intérieurs
17.	Tremblements
23.	Frayeur sans raison
33.	Sentiment de crainte
39.	Sentiment de tension ou de surexcitation
72.	Moments de terreur et de panique
78.	Tension telle que vous ne pouvez rester en place
80.	Sentiment qu'il va vous arriver quelque chose de néfaste
86.	Pensées ou visions qui effraient
32.	Manque d'intérêt pour tout

6. Hostilité

La dimension *hostilité* («hostility») se compose de pensées, de sentiments et d'actions qui sont caractéristiques de l'état émotif de la colère. Les items de cette dimension reflètent les quatre modes de manifestation suivants: l'agression, l'irritabilité, la rage et le ressentiment.

TABLEAU 6

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION HOSTILITÉ

No	Symptômes
11.	Facilement irritée et contrariée
24.	Crise de colère incontrôlable
63.	Envie de frapper, injurier ou faire du mal à quelqu'un
67.	Envie de briser ou de fracasser des objets
74.	Vous disputer souvent
81.	Crier et lancer des objets

7. Anxiété phobique (A-PHO)

Cette dimension reflète une crainte persistante, irrationnelle et disproportionnée d'une personne, d'un lieu, d'un objet ou d'une situation spécifiques qui mène à la fuite ou à l'évitement. La structure de cette dimension s'accorde avec la définition de l'agoraphobie (Marks, 1969) appelée aussi «syndrome d'anxiété phobique dépersonnalisante» par Roth (1959).

TABLEAU 7

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION ANXIÉTÉ PHOBIQUE

No	Symptômes
13.	Peur dans des espaces ouverts ou dans la rue
25.	Peur de sortir seule de la maison
47.	Peur de prendre l'autobus ou le métro ou le train
50.	Besoin d'éviter les endroits, choses ou personnes par peur
70.	Mal à l'aise dans des foules
75.	Nervosité lorsque vous êtes seule
82.	Peur de perdre connaissance en public

8. Idéation paranoïde (I. Par)

Cette dimension définit le comportement paranoïde comme un mode de pensée dysfonctionnel. La projection des idées, méfiance hostile, les idées de grandeur, la crainte de perdre l'autonomie et les illusions, sont perçues comme des reflets de ce mode de pensée dysfonctionnel et sont représentées dans les items de cette dimension.

TABLEAU 8

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION DE L'IDÉATION PARANOÏDE

No	Symptômes
8.	L'impression que d'autres sont responsables de vos problèmes
18.	Sentiment de ne pouvoir avoir confiance en personne
43.	Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous
68.	Avoir des idées ou des opinions non partagées par les autres
76.	N'être pas reconnue à sa juste valeur
83.	Sentiments que les autres vont profiter de vous

9. Psychotismes (PSY)

L'échelle de *psychotisme* («psychoticism») s'appuie sur les travaux d'Eysenck (1968) et est représentée comme une expérience humaine continue. Cette dimension comporte des items exprimant un continuum allant d'une aliénation interpersonnelle légère (style de vie en retrait et schizoïde) à la dramatique évidence d'une psychose (hallucinations, projection de pensées, etc.).

TABLEAU 9

SYMPTÔMES INCLUS DANS LA DIMENSION PSYCHOTISME

No	Symptômes
7.	L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées
16.	Entendre des voix que les autres n'entendent pas
35.	L'impression que les autres sont au courant de vos pensées intimes
62.	Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous
77.	Sentiment de solitude même avec d'autres
84.	Des pensées sexuelles qui vous troublent beaucoup
85.	L'idée que vous devriez être punie pour vos péchés
87.	L'idée que votre corps est sérieusement atteint
88.	Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre
90.	L'idée que votre esprit est dérangé

10. Items additionnels

Sept items additionnels qui ne sont pas inclus dans les dimensions précédentes contribuent tout de même au score global en raison de leur signification clinique. Ces items additionnels ne donnent pas un score collectif.

TABLEAU 10

SYMPTÔMES INCLUS DANS LES ITEMS ADDITIONNELS DU SCL-90-R

No	Symptômes
19.	Manque d'appétit
44.	Difficulté à vous endormir
60.	Trop manger
64.	Réveil tôt le matin
66.	Sommeil agité ou perturbé
59.	Pensées en relation avec la mort
89.	Sentiments de culpabilité

III - QUELQUES NOTIONS RELIÉES À LA VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE

L'utilisation adéquate d'un questionnaire auto-administré ainsi que son utilité au niveau clinique et en recherche présupposent que la fidélité (fiabilité) et la validité de l'instrument aient été démontrées (Pariente et Guelfi, 1990). Avant d'effectuer une évaluation critique des qualités métrologiques du SCL-90-R, il nous apparaît important de définir les concepts de fidélité et de validité qui nous serviront à réaliser cette évaluation. Dans la même optique, d'autres aspects de la validation d'un questionnaire comme la sensibilité, la spécificité et la normalisation seront brièvement expliqués.

1. Fidélité

La mesure scientifique est fondée sur la consistance et la reproductibilité qui constituent la base de la fidélité (Derogatis & Wise, 1989). Le degré d'accord entre deux mesures de quotient intellectuel à deux moments différents ou l'homogénéité d'un ensemble d'items d'un test évaluant la dépression sont des exemples de consistance ou de fidélité. La fidélité d'un test se rapporte à sa précision à mesurer l'attribut ou la caractéristique qu'il prétend mesurer à savoir si la variation dans le score est reliée à la variation réelle du trait en question et non purement à une erreur de mesure fortuite ou systématique. En d'autres termes, la fidélité (ou fiabilité) peut être considérée comme «le degré auquel des mesures sont reproductibles - en dépit du fait que ces mesures soient effectuées par des personnes différentes, à des occasions différentes, avec des instruments censés être pratiquement alternatifs à la méthode étudiée» (Nunnally, 1976).

Les trois méthodes principalement utilisées pour vérifier la fidélité sont : (1) la fidélité «test-retest»; (2) la fidélité «moitié-moitié» (*split-half*); (3) la consistance interne. La *fidélité test-retest* évalue la stabilité des scores au cours du temps chez un même individu à des périodes différentes. La *fidélité moitié-moitié* et la *consistance interne* apprécient l'homogénéité des items dans la mesure d'un attribut ou d'un trait. La *fidélité moitié-moitié* évalue la consistance ou l'homogénéité des items soit en utilisant deux versions alternatives d'un test, soit comme c'est plus souvent le cas, en divisant

l'instrument de mesure en deux au moyen d'une répartition aléatoire des items et en attribuant à chaque moitié un score aux items concernés. La consistance interne constitue une estimation de la fidélité fondée sur la moyenne des corrélations entre les items d'une mesure. Le coefficient alpha de Cronbach (1951) est la formule généralement utilisée pour évaluer la consistance interne d'un questionnaire à plusieurs choix de réponses.

2. Validité

Alors que la fidélité a pour objet l'appréciation de la consistance ou la précision de la mesure, la *validité* se centre davantage sur l'essence ou la nature de ce qui est mesuré par un instrument. La validité détermine l'interprétation d'une mesure, d'un score ou d'un résultat d'un test ou la signification qu'on peut accorder à un score.

Comme le souligne à juste titre Derogatis (1977), la validation d'un instrument se fait en fonction d'une programmation précise, c'est un processus dynamique et permanent plutôt qu'un état statique à atteindre et à présenter. La validité est donc un concept complexe au plan théorique mais peut être considérée au plan opérationnel comme un ensemble de procédures où l'échelle à l'étude est mise en relation avec d'autres mesures du même construit.

Trois types de validité doivent être considérés dans l'évaluation psychométrique d'un questionnaire psychologique. Il s'agit de la validité de contenu, la validité avec corrélation de critères ainsi que la validité des construits ou des concepts opérationnels.

La *validité de contenu* «réfère à l'échantillon d'items correspondant à la représentation adéquate des comportements que l'on veut observer en vue de mesurer un trait ou une caractéristique» (Fortin et Coutu-Wakalczyk, 1985). Cette forme de validité s'appuie surtout sur des jugements d'experts selon le domaine d'expertise. _ titre d'exemple, la validité de contenu d'un questionnaire de dépression devrait refléter le degré auquel les items du test représentent les signes et les symptômes cliniques caractéristiques du syndrome dépressif. Toutefois, comme le soulignent à juste titre

Derogatis et Wise (1989), la validité de contenu est difficile à obtenir dans le domaine de la psychopathologie où les construits nosologiques font souvent l'objet de débats.

La *validité avec corrélation de critères* correspond au degré d'association ou d'accord entre un test et une mesure externe indépendante susceptible de mesurer les caractéristiques à l'étude. Il peut s'agir de la *validité de convergence* (concurrente) ou de différenciation, si le test est mesuré de façon simultanée avec un autre instrument utilisé comme critère, ou de la *validité de prédiction* si l'instrument de mesure est capable de prévoir ou prédire la valeur d'un critère dans une période ultérieure. La *validité de convergence* requiert que les scores à un test élaboré pour mesurer un concept particulier corrélent fortement avec les scores d'autres mesures du même concept alors que la *validité de différenciation* est établie par de faibles corrélations du test avec des mesures de concepts différents.

La *validité des construits ou des concepts opérationnels* constitue le degré jusqu'où il y a congruence entre les opérations de mesure et les objets théoriques que ces opérations sont censées mesurer (Derogatis, 1974; cité dans Pariente et Guelfi, 1990). L'analyse de la structure factorielle est donc un élément important de ce type de validité en permettant d'évaluer si les facteurs obtenus de façon empirique correspondent aux concepts théoriques qu'ils sont supposés mesurer. Selon Messick (1981) la validité des concepts opérationnels constitue le *point central* de la validation d'un instrument de mesure. Il s'agit d'un processus complexe qui exige la réalisation de plusieurs études en vue de démontrer la signification qu'on peut accorder aux scores d'un questionnaire par rapport aux concepts que l'on veut mesurer.

3. Autres aspects de la validation: sensibilité, spécificité, normalisation

La sensibilité et la spécificité d'un test comme outil de dépistage d'un trouble psychologique sont également des critères importants dans la validation d'un questionnaire pour une utilisation au plan clinique ou épidémiologique. La *sensibilité* réfère à la capacité du test à dépister correctement tous les patients atteints du trouble en question. Elle est obtenue en calculant la proportion de «faux négatifs» (sujets négatifs au test alors qu'ils sont réellement atteints du trouble établi par le

test.) En somme, plus un test est sensible, moins il ne laisse échapper de vrais patients. Pour sa part, la *spécificité* consiste en la capacité du test à ne pas diagnostiquer à tort un patient qui n'est pas atteint du trouble. C'est donc la proportion de «faux positifs» (sujets positifs au test alors qu'ils n'ont pas le trouble) qu'évalue la spécificité d'un test. Ainsi, plus un test est spécifique, moins il y a de non-patients qui sont dépistés à tort par lui.

La *normalisation* constitue une autre étape préalable à l'emploi d'un questionnaire. La normalisation réfère à l'étude de la distribution des scores dans différents échantillons bien définis de sujets considérés comme des échantillons normatifs. La normalisation permet de comparer le score d'un individu à une population de référence. Les normes résultent de la transformation des scores bruts en score selon une distribution normale basée sur un échantillon aléatoire représentatif de la population identifiée comme groupe de référence (échantillon normatif). Les normes existantes pour la version originale et la version québécoise du SCL-90-R ont été présentées dans la section portant sur la description du questionnaire.

IV - LES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU SCL-90-R

1. Fidélité du SCL-90-R

Les études de fidélité du SCL-90-R démontrent des coefficients de consistance interne Cronbach alpha et de fidélité test-retest très satisfaisants pour les neuf dimensions de ce questionnaire et ce, tant pour la version originale que pour la version française réalisée au Québec. Le tableau 11 indique les coefficients alpha obtenus avec la version originale américaine auprès de 219 patients symptomatiques volontaires (Derogatis, 1977) et chez 344 schizophrènes (Alvir *et al*, 1988) ainsi que ceux retrouvés avec la version française auprès de 404 femmes choisies au hasard parmi la population féminine générale de la région de Montréal (Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985). Il est à noter que les coefficients alpha pour chacune des neuf dimensions sont plus élevés pour la version française que pour la version

originale américaine, probablement en raison de la plus grande homogénéité de l'échantillon québécois composé uniquement de femmes tirées de la population générale. Le coefficient alpha du score global à la version française du SCL-90-R est de .96. Toutefois, un coefficient alpha si élevé peut signifier que tous les items du test participent à la mesure d'un indice de détresse globale et ne peuvent se différencier en facteurs spécifiques (Cattell et Dreger, 1977). La fidélité moitié-moitié calculée par Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) entre les groupes d'items pairs ou impairs indique une corrélation de .88 et un coefficient Spearman-Brown de .94 ce qui confirme l'homogénéité élevée des items.

TABLEAU 11

**COEFFICIENTS DE CONSISTANCE INTERNE CRONBACH ALPHA
DE LA VERSION AMÉRICAINE ET DE LA VERSION FRANÇAISE DU SCL-90-R**

Dimensions	Coefficients Cronbach Alph		
	Version américaine		Version française
	Derogatis, 1977	Alvir et al., 1988	Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985
Somatisation	.86	.89	.92
Obsession-compulsion	.86	.89	.91
Sensibilité interpersonnelle	.86	.88	.90
Dépression	.90	.90	.90
Anxiété	.85	.85	.90
Hostilité	.84	.77	.91
Anxiété phobique	.82	.83	.92
Idéation paranoïde	.80	.82	.91
Psychotisme	.77	.85	.91
Score global	--	--	.96

Quant à la fidélité test-retest, elle indique une bonne stabilité dans le temps pour chacune des neuf dimensions de symptômes primaires tant dans la version originale américaine que dans la version française. Le tableau 12 décrit les corrélations obtenues entre les scores aux neuf dimensions de la version française du SCL-90-R lors de deux périodes de passation

espacées d'une semaine (T1 vs T2) ainsi que les coefficients alpha retrouvés aux temps 1 et 2 - toujours à une semaine d'intervalle - pour la version américaine et la version française. Les corrélations des scores aux dimensions entre les deux temps vont de .71 pour la dimension somatisation à .83 pour les dimensions obsession-compulsion et psychotisme de la version française. Le degré de correspondance très élevée des coefficients alpha pour chacune des neuf dimensions lors du temps 1 et du temps 2 confirme la stabilité interne du SCL-90-R tant de la version originale que de la version française (québécoise).

TABLEAU 12

**CORRÉLATION TEST-RETEST POUR CHACUNE DES DIMENSIONS
DE LA VERSION FRANÇAISE ET COEFFICIENTS ALPHA OBTENUS
AUX TEMPS 1 ET 2 POUR LA VERSION AMÉRICAINE
ET LA VERSION FRANÇAISE**

Dimensions	Corrélation "r" (Version française ¹) <u>T1 vs T2</u>	Coefficients alpha			
		Version française		Version américaine ²	
		<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T1</u>	<u>T2</u>
Somatisation	.71	.92	.93	.86	.86
Obsession-Compulsion	.83	.91	.91	.86	.85
Sensibilité interpersonnelle	.75	.90	.91	.86	.83
Dépression	.74				
Anxiété	.80	.90	.91	.90	.82
Hostilité	.77	.90	.91	.85	.80
Anxiété phobique	.80	.91	.93	.84	.78
Idéation paranoïde	.77	.92	.92	.82	.90
Psychotisme	.83	.91	.92	.80	.86
		.91	.91	.77	.84

¹ 404 femmes, population générale (Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985).

² 94 patients psychiatriques suivis en externe (Derogatis, 1977).

2. Validité du SCL-90-R

Cette section présente une recension critique des écrits portant sur la validité des concepts opérationnels et la validité avec corrélation des critères du SCL-90-R ainsi que sur la validité de l'utilisation de ce questionnaire auprès d'une population

alcoolique et/ou toxicomane. En raison de la difficulté associée à l'appréciation de la validité de contenu d'un test soulignée précédemment par Derogatis et Wise (1989), nous ne tiendrons pas compte de cette forme de validité dans notre évaluation du SCL-90-R.

Validité des construits ou des concepts opérationnels

Comme nous l'avons déjà souligné, la validité des construits ou des concepts opérationnels constitue le point central de la validation d'un instrument de mesure (Messick, 1981). Plusieurs études ont été effectuées afin de confirmer la structure dimensionnelle théorique du SCL-90-R (neuf dimensions de symptômes primaires) au plan empirique en utilisant la méthode de l'analyse factorielle. Ces études ont été réalisées pour la plupart aux États-Unis auprès de divers échantillons de patients psychiatriques ainsi qu'auprès de patients souffrant de douleur chronique. Jerabek, Klimpl et Boleloucky (1982) ont également effectué une analyse factorielle de la version tchèque du SCL-90-R auprès d'un échantillon de 242 patients névrotiques. Pour leur part, Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) ont évalué la structure factorielle de la version française du SCL-90-R auprès d'un échantillon de 404 femmes âgées de 20 à 45 ans choisies au hasard parmi la population féminine générale de la région métropolitaine de Montréal.

Le tableau 13 présente les différentes études d'analyse factorielle ainsi que les facteurs retenus. La plupart des études ont utilisé la technique d'analyse des composantes principales avec une rotation varimax (rotation orthogonale) à l'exception de Derogatis et Cleary (1977a) qui ont employé également la méthode de rotation «procrustes» (Hurley et Cattell, 1962), Evenson *et al.* (1980), la méthode de rotation oblique et Shutty *et al.* (1986), la méthode du «Maximum likelihood algorithm» avec une rotation oblique. Le poids factoriel utilisé pour retenir les items dans les différents facteurs va de .30 à .40 selon les études. Les signes «+», «±» et «-» apparaissent sous chacune des dimensions et indiquent dans quelle mesure les facteurs théoriques ont été retrouvés dans l'analyse factorielle de chacune des études. Un signe «+» signifie que le facteur a été retenu sans équivoque et que la majorité des items attribués à cette dimension au plan théorique se sont avérés former un facteur équivalent suite à l'analyse factorielle. Un signe «±» reflète qu'une partie

assez importante des items de la dimension théorique se retrouvent dans un facteur identifié par l'analyse factorielle bien que certains items «chargent» (*load*) au niveau d'autres facteurs. Pour sa part, le signe «-» implique que la dimension théorique n'a pas été retenue puisqu'une majorité des items supposés former cette dimension ne ressortent pas dans l'analyse factorielle.

Dans les paragraphes suivants, nous allons en premier lieu décrire brièvement les résultats de l'analyse factorielle pour chacune des études décrites au tableau 13. En second lieu, nous allons évaluer la stabilité factorielle de chacune des dimensions à travers les différentes études en calculant le nombre de «+» (signifiant une bonne correspondance du facteur empirique avec la dimension théorique) accordés à chacun des facteurs dans l'ensemble des analyses factorielles.

TABLEAU 13

**DIMENSIONS THÉORIQUES DU SCL-90-R RETROUVÉES SANS ÉQUIVOQUE (+),
EN PARTIE (±) OU NON RETENUES (-) DANS LES ÉTUDES D'ANALYSE FACTORIELLE.**

Études	Échant.	Méthode	Som.	O.C.	Int. Sens.	Dep.	Anx.	Hos.	Phob. Anx.	Par.	Psy.	Autres
Derogatis et Cleary 1977a	1,002 pts psychiatr. externes	a) Procrustes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Non
		b) Varimax	+	+	+	+	±	+	+	+	-	Non
Lipman, Covi et Shapiro 1979	320 pts Anxio- dépressifs	Composantes principales/ Varimax	+	±	+	+	-	+	+	-	±	Oui
Hoffman et Overall 1978	358 pts psychiatr. externes	Composantes principales/ Varimax	+	-	-	+	-	+	+	-	-	Oui
Evenson <i>et al.</i> 1980	327 pts psychiatr. externes	Composantes principales/ Varimax	+	+	-	±	-	+	+	+	-	Oui
Holcomb, Adams et Ponder, 1983	451 pts psychiatr. internes	Composantes principales/ Varimax	+	-	-	+	-	+	+	+	-	Oui

(à suivre)

TABLEAU 13 (suite)

Études	Échant.	Méthode	Som.	O.C.	Int. Sens.	Dep.	Anx.	Hos.	Phob. Anx.	Par.	Psy.	Autres
Clark et Friedman 1983	442 Vétérans psychiat.	Composantes principales/ Varimax	±	+	-	±	-	+	+	-	-	Oui
Fortin et Coutu- Wakulczyk, 1985	404 Femmes, pop. gén. (version française)	Composantes principales/ Varimax	+	-	-	+	-	+	+	-	-	Oui
Jerabek, Klimpl et Bolelouchy 1982	242 pts névrotiques	Composantes principales/ Varimax	±	-	-	-	-	+	+	-	-	Oui
Shutty <i>et al.</i> 1986	600 pts douleur chronique	Max. Likelihood Algorithm /oblique	-	+	+	-	-	+	+	+	-	Oui
Total des "+"			7/10	5/10	4/10	6/10	1/10	10/10	10/10	5/10	1/10	Oui

3. Description des résultats des analyses factorielles

Derogatis et Cleary (1977a) dans une étude réalisée auprès d'un échantillon de 1,002 patients psychiatriques ambulatoires confirment l'existence des neuf dimensions théoriques du SCL-90-R à l'aide d'une analyse des composantes principales avec une rotation «procrustes». Toutefois, la rotation varimax ne fait ressortir que cinq des dix items de l'échelle «psychotisme». Le résultat ne corrobore pas l'approche théorique d'Eysenck (1968) sur l'existence d'un continuum gradué de cette dimension allant de l'aliénation interpersonnelle légère à la dramatique évidence de psychose puisque les items exprimant une aliénation interpersonnelle légère ne ressortent pas suite à la rotation varimax. D'ailleurs, l'examen rapide du tableau 13 nous fait voir que cette dimension n'a pas été retrouvée non plus dans aucune des analyses factorielles ultérieures. De plus, la rotation varimax ne fait également ressortir que six des dix items de la dimension «anxiété» à un poids factoriel de .35. De même que pour le psychotisme, les études subséquentes ne retrouvent pas de facteur «anxiété» équivalent à la dimension théorique du même nom. De plus, le facteur «sensibilité interpersonnelle» n'est formé que de six des neuf items de la dimension théorique du même nom suite à la méthode de rotation varimax.

Lipman, Covi et Shapiro (1979) ont réalisé une analyse factorielle du SCL-90-R auprès d'un échantillon de 320 patients névrotiques. Une analyse de composantes principales avec une rotation varimax fait ressortir un ensemble de neuf facteurs principaux expliquant 50.2% de la variance. Ces facteurs sont: la sensibilité interpersonnelle, l'anxiété phobique, la dépression «ralentie» (*retarded depression*), la colère-hostilité, la somatisation, l'obsession-compulsion, la dépression «agitée» (*agitated depression*) et le psychotisme. La dimension «anxiété» n'est pas retrouvée. Le facteur «obsession-compulsion» ne regroupe que six des dix items hypothétiques. L'échelle «dépression» se divise en deux : dépression ralentie et dépression agitée. Le facteur «dépression ralentie» ressemble à la dimension «dépression» de Derogatis et Cleary et compte neuf des treize items attribués de façon théorique à cette dimension. L'échelle «dépression agitée» comporte un ensemble de symptômes caractéristiques du travail de deuil. La dimension «idéation paranoïde» ne ressort pas et l'échelle «psychotisme» ne retient que seulement six des dix items prévus.

Hoffmann et Overall (1978) ont effectué une analyse factorielle du SCL-90-R auprès d'un échantillon psychiatrique hétérogène composé de 358 patients atteints de divers troubles psychiatriques et traités de façon ambulatoire. Ils ont retenu cinq facteurs: somatisation, dépression, «susceptibilité hostile» (*hostile suspiciousness*), anxiété phobique, qui correspondent aux dimensions équivalentes du SCL-90-R. Ils ont retrouvé aussi un nouveau facteur dénommé «déficit fonctionnel» (*functional impairment*) qui regroupe certains items de la dimension «obsession-compulsion» mais qui mesure davantage un déficit cognitif que des traits obsessifs-compulsifs. D'ailleurs, O'Donnell, De Soto et Reynolds (1984) ont développé une échelle de déficit cognitif qui regroupe cinq items de la dimension obsession-compulsion. De plus, Hoffmann et Overall observent que le premier facteur explique 6.45 fois autant de variance que le deuxième facteur et plus de deux fois la variance combinée des six facteurs suivants (avant la rotation). Ils retrouvent également des corrélations très élevées entre les scores aux différents facteurs allant de .504 à .747. Ces observations conjuguées avec des corrélations très fortes entre le score total et les scores aux facteurs (.75 - .93) ainsi qu'un coefficient alpha de .975 attribué au score global portent Hoffmann et Overall à conclure que le SCL-90-R constituerait davantage une mesure de détresse générale plutôt que de dimensions distinctes de la psychopathologie tel que conceptualisé par Derogatis (1977).

Evenson *et al.* (1980) retrouvent douze facteurs dans une étude de la structure factorielle du SCL-90-R réalisée auprès d'un échantillon de 327 patients psychiatriques suivis en externe. Les facteurs suivants corroborent assez bien les dimensions théoriques du SCL-90-R : somatisation, «compulsion et blocage mental» (*compulsions and mental blocks*) similaire à l'obsession-compulsion, hostilité, «peurs phobiques» (*phobic fears*) semblable à l'anxiété phobique, «soupçon et méfiance» (*suspicion and mistrust*) équivalent à l'idéation paranoïde. Les dimensions «sensibilité interpersonnelle», «anxiété» et «psychotisme» ne ressortent pas. Seulement huit des treize items de la dimension «dépression» se regroupent pour former le facteur «dépression agitée» (*agitated depression*). Un nouveau facteur dénommé «culpabilité névrotique» (*neurotic guilt*) est retrouvé. Enfin, d'autres facteurs tels que «pensée psychotique» (*psychotic thinking*), «trouble alimentaire» (*eating disturbance*), «évanouissement» (*fainting*), «trouble du sommeil» (*sleep disturbance*) ainsi qu'un facteur «sans nom» (*un-named*) apparaissent mais sont peu importants puisqu'ils ne

comptent que deux ou trois items et n'expliquent qu'un pourcentage très faible de la variance. Evenson *et al.* constatent également que le premier facteur soit la «dépression agitée» explique neuf fois la variance du deuxième facteur avant la rotation et que tous les 90 items indiquent un poids factoriel de .90 ou plus sur ce premier facteur.

Holcomb, Adams et Ponder (1983) ont évalué la structure factorielle du SCL-90-R chez un échantillon de 451 patients psychiatriques hospitalisés. Ils ont retenu neuf facteurs. Les facteurs de somatisation, dépression, hostilité, anxiété phobique et «paranoïa» (*paranoïa*) montrent une bonne correspondance avec les dimensions théoriques. Par ailleurs, ils n'ont pu déceler des facteurs similaires aux dimensions théoriques de sensibilité interpersonnelle, d'anxiété et de psychotisme. De même, seulement trois des dix items de la dimension obsession-compulsion ressortent dans un facteur dénommé «compulsion» (*compulsion*). D'autres facteurs, tels la «tension» (*tension*), les «difficultés de concentration» (*concentration difficulties*) et l'«insomnie» (*insomnia*) sont également retrouvés.

Clark et Friedman (1983) ont tenté de confirmer la structure factorielle du SCL-90-R chez un échantillon de 442 vétérans traités en externe pour des troubles psychiatriques. Cet échantillon comprenait 25% de sujets avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Suite à une analyse des composantes principales avec une rotation varimax, ils ont retenu neuf facteurs. Seuls les facteurs d'obsession-compulsion, d'hostilité et d'anxiété phobique montrent une bonne correspondance avec les dimensions théoriques du SCL-90-R. Les deux premiers facteurs de dépression et somatisation comportent des items d'autres échelles très reliées au niveau du contenu. Les dimensions «sensibilité interpersonnelle», «anxiété», «idéation paranoïde» et «psychotisme» ne sont pas confirmées. Les échelles «sensibilité interpersonnelle» et «idéation paranoïde» fusionnent et forment un nouveau facteur dénommé «sensibilité-paranoïa» (*sensitivity-paranoïa*). L'analyse fait également ressortir trois autres facteurs qui expliquent un pourcentage très faible de variance: «tought insertion», «insomnie» (*insomnia*) et «dysfonction sexuelle» (*sexual dysfunction*). Le premier facteur dépression explique plus de huit fois (37.3%) la variance attribuable au second facteur (4.69%), somatisation. Au total, les huit facteurs suivants ne comptent que pour la moitié de la variance expliquée par le

premier facteur. Les facteurs montrent des corrélations très élevées entre eux allant de .475 à .813. Une analyse des composantes principales de la matrice de corrélations des facteurs entre eux ne fait ressortir qu'un seul facteur expliquant 71.4% de la variance totale. Ces résultats corroborent les observations des études antérieures et portent Clark et Friedman à conclure tout comme leurs prédécesseurs (Hoffmann et Overall, 1978; Evenson *et al*, 1980; Holcomb, Adams et Ponder, 1983) que le SCL-90-R constituerait davantage une mesure de détresse globale qu'une mesure de dimensions symptomatiques distinctes. D'ailleurs, ils n'ont pu distinguer des groupes diagnostiques (anxieux, dépressifs et schizophrènes) en utilisant les scores aux échelles du SCL-90-R. La seule différence retrouvée entre les groupes diagnostiques se situe au niveau de l'intensité moyenne de détresse exprimée qui est plus élevée chez les anxieux que chez les dépressifs ou les schizophrènes. Conséquemment, les auteurs soulignent que les scores des dimensions du SCL-90-R devraient être utilisés avec précaution, en particulier lorsque des interprétations cliniques sont fondées sur ceux-ci surtout avec une clientèle psychiatrique différente des névrotiques anxieux ou dépressifs qui ont souvent fait l'objet des études de validation du HSCL-58 et du SCL-90-R.

Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985; voir aussi Fortin, Coutu-Wakulczyk et Englesmann 1989) ont réalisé une analyse factorielle de la version française du SCL-90-R chez un échantillon de 404 femmes de 20 à 45 ans tirées de façon aléatoire de la population féminine générale de la région de Montréal. L'analyse des composantes principales avec une rotation varimax fait ressortir six facteurs. Les facteurs les plus robustes et dont les items correspondent bien aux dimensions de la version originale du SCL-90-R sont la somatisation, la dépression, l'hostilité et l'anxiété phobique. Les dimensions théoriques d'obsession-compulsion, de sensibilité interpersonnelle, d'idéation paranoïde et de psychotisme ne sont pas corroborées par cette analyse. Tout comme précédemment, le premier facteur explique près de six fois la variance exprimée par le second facteur (57.89% vs 9.9%). Encore ici, les corrélations entre les dimensions sont élevées allant de .37 à .74 avec une moyenne de .53.

Jerabek, Klimpl et Bolelouchy (1982) dans une étude de la validité factorielle de la version tchèque du SCL-90-R retrouvent dix facteurs dont seulement deux, soit

l'hostilité et l'anxiété phobique, montrent une bonne correspondance avec les dimensions théoriques élaborées par Derogatis (1977).

Enfin plus récemment, Shutty *et al.* (1986) dans le cadre d'une analyse factorielle utilisant une technique différente (Maximum Likelihood Algorithm avec une rotation oblique) et réalisée auprès d'un échantillon de 600 patients souffrant de douleur chronique, ont pu déceler une solution à dix facteurs. Cinq de ces facteurs sont similaires aux dimensions théoriques du SCL-90-R soit l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité, l'anxiété phobique et l'idéation paranoïde.

4. Stabilité ou invariance factorielle du SCL-90-R

La stabilité ou l'invariance factorielle réfère à la constance de la structure factorielle d'un test à travers différents échantillons (hommes vs femmes; anxieux vs dépressifs, etc.). Au plan de l'évaluation clinique, l'information sur l'invariance factorielle est importante pour deux raisons: d'abord elle nous informe sur les limites pratiques de la généralisation d'un construit ou d'une dimension. En effet, plus une dimension est généralisable, plus son champ d'application est grand. Ensuite elle constitue une façon d'évaluer les différences de divers groupes cliniques dans leurs manifestations de la psychopathologie. Si les groupes comparés montrent des variations importantes dans la structure factorielle des dimensions, l'interprétation des différences entre les groupes est pour le moins ambiguë (Derogatis *et al.*, 1972; Derogatis et Cleary, 1977b).

Bien que Derogatis et Cleary (1977b) aient pu observer la stabilité ou l'invariance factorielle pour huit des neuf dimensions du SCL-90-R chez un échantillon d'hommes et de femmes souffrant d'un trouble psychiatrique, un survol rapide du tableau 13 nous fait voir que la structure factorielle de ce test est très variable dans les études effectuées ultérieurement avec des échantillons différents. Le total des «+» (bonne correspondance du facteur empirique avec la dimension théorique) assignés à chacune des dimensions révèle que les échelles *hostilité*, *anxiété phobique*, *somatisation* et *dépression* constituent celles dont la stabilité factorielle est satisfaisante (>, 6/10). Pour leur part, les dimensions *obsession-compulsion*, *sensibilité interpersonnelle*, *idéation paranoïde* et surtout *l'anxiété* et le *psychotisme* ne sont retrouvées que dans la moitié

des études ou moins. De plus, plusieurs études ont fait ressortir de nouveaux facteurs spécifiques à l'échantillon étudié et différents des dimensions théoriques du SCL-90-R.

Les constatations précédentes pourraient donc nous porter à conclure tout comme Cyr, McKenna-Foley et Peacock (1985) que la faible consistance des items sur les facteurs à travers les études ainsi que l'incapacité fréquemment observée à reproduire les facteurs d'une étude à l'autre signifient un faible degré d'invariance factorielle des dimensions du SCL-90-R sur des échantillons différents et remettent donc en cause la stabilité, le contenu factoriel et la généralisation de ces dimensions. De plus, comme l'ont souligné plusieurs auteurs (Hoffmann et Overall, 1978; Evenson *et al*, 1980; Clark et Friedman, 1983; Holcomb, Adams et Ponder, 1983), la proportion de variance très élevée expliquée par le premier facteur, les fortes corrélations observées entre les facteurs ou les dimensions ainsi que les coefficients de consistance interne Cronbach alpha très élevés tant au niveau du score global qu'au niveau des scores aux dimensions (Derogatis, 1977; Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985; Alvir *et al*, 1988) militent en faveur de l'argument de Cyr, McKenna-Foley et Peacock (1985), qui soulignent que le SCL-90-R mesurerait davantage un facteur unique de détresse globale que neuf dimensions distinctes de la psychopathologie. Dans ce contexte, l'utilisation des scores aux dimensions du SCL-90-R tant au plan clinique qu'au plan de la recherche devient problématique. La réalisation d'une analyse factorielle visant à déterminer les facteurs ou les dimensions spécifiques de la symptomatologie de la population qu'on veut étudier apparaît donc essentielle.

Toutefois, selon Walkey et McCormick (1985), un faible degré d'invariance factorielle tel que celui observé au niveau du SCL-90-R dans les études précédentes peut dépendre de la technique d'analyse factorielle ainsi que du critère utilisés pour déterminer le nombre de facteurs. La méthode habituelle consiste à conserver les facteurs qui ont une valeur propre (eigenvalue) plus grande que un ou encore la méthode du Scree Test (Cattell, 1966), basée également sur l'"eigenvalue". Ces méthodes présentent le désavantage d'extraire un nombre trop élevé de facteurs qui deviennent ainsi difficiles à reproduire dans des échantillons différents. Walkey & McCormick prônent l'utilisation d'une autre méthode qui pourrait constituer une solution intéressante au problème identifié dans les analyses factorielles du SCL-90-R, à savoir l'incapacité à reproduire une même structure factorielle à travers différents

échantillons. Cette méthode consiste justement à reproduire l'analyse factorielle dans divers échantillons de sujets et à ne retenir que les facteurs qui sont communs à l'ensemble des échantillons à l'étude.

Le logiciel Factorep (Walkey & McCormick, 1983) effectue une comparaison des colonnes de poids factoriels des items assignés à chaque facteur pour chacun des échantillons à l'étude par groupe de deux colonnes à la fois. Il utilise une statistique de type «chi-carré» dénommée le «s-index» (Cattell *et al.*, 1969) qui indique le degré de correspondance entre deux colonnes de poids factoriels. Les valeurs du s-index vont de + 1.00, signifiant une reproduction parfaite des poids factoriels entre les deux échantillons, à zéro indiquant une absence de relation, et à -1.00 où la relation est parfaite mais inverse.

En utilisant cette méthode, Walkey et McCormick (1985) ont retrouvé trois facteurs reproductibles à travers les réponses de trois groupes de sujets (203 étudiants de première et deuxième année en psychologie; 287 étudiants de première année inscrits à un cours d'introduction en psychologie; 113 donneurs de sang ou patients ambulatoires de l'hôpital de Wellington), au HSCL-58. Ces facteurs sont «sentiments de détresse générale» (*General feelings of distress*), «détresse somatique» (*Somatic Distress*) et «difficulté de performance» (*Performance Difficulty*). Cette structure factorielle diffère de celle conceptualisée par Derogatis *et al.* (1974) qui comportait cinq facteurs. La méthode Factorep a été employée également avec plusieurs autres questionnaires tels que l'inventaire de dépression de Beck (Welch et Ellis, 1991) et l'ATT 39, un questionnaire d'attitudes à l'égard du diabète (Welch, Walkey et Smith, sous presse). Dans le même sens, Shetty *et al.* (1986) ont réalisé une analyse factorielle de second ordre (Lisrel V; Joregskog & Sorbom, 1977) du SCL-90-R chez un échantillon de 600 patients souffrant de douleur chronique. Cette analyse révèle trois principaux facteurs : «détresse somatique» (*somatic distress*), «détresse cognitive» (*cognitive distress*) et «méfiance» (*distrust*) qui se distinguent donc des dix facteurs retrouvés dans la première analyse factorielle (voir tableau 13). Dans le même sens, Pariente *et al.* (1989) retrouvent une solution à onze facteurs, suite à une analyse des composantes principales avec rotation varimax, des réponses de 708 patients consultant en psychiatrie ambulatoire. Dans ce cas ils utilisent une version française (France) du SCL-90-R (Guelfi et Dreyfus, 1984, cité dans Pariente *et al.*, 1989).

Toutefois, suite à une reproduction de l'analyse factorielle sur les deux moitiés de l'échantillon divisé de façon aléatoire en deux sous-échantillons équivalents, seuls les facteurs *dépression*, *somatisation* et *panique-agoraphobie* se sont avérés stables.

5. Validité avec corrélation de critères : Validité de convergence et de différenciation

Dans une étude réalisée auprès de 209 patients symptomatiques volontaires, Derogatis, Rickels et Rock (1976) retrouvent des corrélations élevées entre les dimensions du SCL-90-R et des échelles correspondantes du MMPI, reflétant ainsi une bonne validité concurrente (voir tableau 14). De même, Weissman *et al.* (1977) observent des corrélations élevées (.47 - .72) entre le score global au SCL-90-R ainsi que les scores aux échelles de dépression, somatisation, obsession-compulsion, anxiété, psychotisme et les scores à un questionnaire de dépression (CES-D; Weissman *et al.*, 1977) chez un échantillon de déprimés. Wilson, Taylor et Robertson (1985) trouvent également des corrélations élevées allant de .41 à .63 entre les dimensions obsession-compulsion, dépression, psychotisme, idéation paranoïde et sensibilité interpersonnelle et des échelles analogues du CPRS (Asberg *et al.*, 1977), un questionnaire d'évaluation clinique ainsi que des corrélations modérées (.33 - .51) entre les neuf dimensions du SCL-90-R et le PSE (Wing *et al.*, 1974), une entrevue clinique structurée chez un échantillon de prisonniers hospitalisés. Dans une étude effectuée auprès d'un échantillon d'hommes en santé, Boleloucky et Horvath (1974) notent aussi des corrélations élevées (.48 - .92) entre le score global et les scores aux dimensions de la version tchèque du SCL-90-R et des échelles comparables de version tchèque du "Middlesex Hospital Questionnaire" (MHQ, Crown et Crisp, 1970) sauf pour l'anxiété phobique dont la corrélation avec l'échelle équivalente du MHQ n'est que de .36. De même, Duckro, Margolis et Tait (1985) retrouvent que les scores à la dimension anxiété du SCL-90-R sont fortement corrélés aux scores des échelles du trait d'anxiété (.57) et d'anxiété situationnelle (.69) du State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970) chez un échantillon de 34 sujets souffrant de douleur chronique. Les scores à la dimension anxiété montrent également des corrélations élevées (.42 - .68) avec les scores au McGill Pain Questionnaire et une échelle de la sévérité de la douleur. Ces corrélations sont plus élevées que celles observées entre les questionnaires mesurant la douleur et les

échelles 3 et 7 du MMPI. De la même façon, la dimension dépression du SCL-90-R indique tout comme l'échelle de dépression du MMPI (échelle 2) des relations modérément élevées (.35 - .46) avec les questionnaires d'évaluation de la douleur.

TABLEAU 14

CORRÉLATIONS ENTRE LES SCORES AUX DIMENSIONS DU SCL-90-R ET LES SCORES AUX ÉCHELLES ÉQUIVALENTES DU MMPI (CLINIQUES; TYRON: T, WIGGINS:W)

I. Somatization			IV. Depression			VII. Phobic Anxiety		
Body Symptoms	(T)	.66	Depression	(W)	.75	Phobias	(W)	.50
Organic Symptoms	(W)	.62	Depression	(T)	.68	Anxiety	(T)	.44
Poor Health	(W)	.58	Poor Morale	(W)	.60	Pt		.43
Hs		.57	Sc		.55	Poor Morale	(W)	.42
Hy		.48	Resent. & Aggr.	(T)	.53	Depression	(W)	.40
			Autism	(T)	.48			
			Anxiety	(T)	.48			
			Pt		.48			
II. Obsessive-Compulsive			V. Anxiety			VIII. Paranoid Ideation		
Sc		.57	Anxiety	(T)	.57	Susp. & Mistrust	(T)	.56
Organic Symptoms	(W)	.55	Sc		.51	Resent. & Aggr.	(T)	.50
Pt		.54	Depression	(W)	.50	Manifest Hostility	(W)	.50
Depression	(W)	.51	Pt		.47	Family Problems	(W)	.49
Autism	(T)	.50	Poor Morale	(W)	.46	Autism	(T)	.48
Resent. & Aggr.	(T)	.43	Autism	(T)	.44	Pa		.42
Depression	(T)	.41	Resent. & Aggr.	(T)	.43			
			Organic					
			Symptom	(W)	.43			
			Phobia	(W)	.41			
III. Interpersonal sensitivity			VI. Hostility			IX. Psychoticism		
Poor Morale	(W)	.64	Resent. & Aggr.	(T)	.68	Sc		.64
Depression	(W)	.63	Manifest Hostil.	(W)	.57	Autism	(T)	.55
Depression	(T)	.57	Depression	(W)	.52	Psychoticism	(W)	.52
Sc		.53	Anxiety	(T)	.44	Poor Morale	(W)	.51
Introversion	(T)	.52	Susp. & Mistrust	(T)	.41	Pd		.51
Si		.49				Pa		.48
Anxiety	(T)	.49				Pt		.48
Social Maladj.	(W)	.48						

1. Tiré de Deragotis (1977)

Dans le même sens, Dinning et Evans (1977) retrouvent des corrélations significatives entre les dimensions du SCL-90-R et des échelles analogues du MMPI (échelles cliniques), le BDI (Beck Depression Inventory; Beck, 1967) et le STAI (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970) chez un échantillon de 113 patients psychiatriques hospitalisés. Cependant, la corrélation obtenue entre le psychotisme et le Whitaker Index of Schizophrenic Thinking (WIST, Whitaker, 1973) n'est que de $-.02$. Bien que les corrélations observées allant de modérée (.48) à élevée (.70) pour la majorité des dimensions et les échelles équivalentes des autres tests suggèrent une bonne validité concurrente, la validité de différenciation ou discriminante laisse plutôt à désirer. La validité discriminante d'un questionnaire est vérifiée lorsque les corrélations du score global ou des scores à ses dimensions avec des échelles non équivalentes sont faibles ou absentes. Or, les résultats de l'étude de Dinning et Evans indiquent : a) des corrélations élevées (.46 - .72) entre toutes les dimensions du SCL-90 et le BDI ainsi que le trait d'anxiété (STAI); b) des corrélations modérément élevées entre l'anxiété situationnelle (STAI) et les dimensions du SCL-90 (.36 - .59); c) et des corrélations significatives entre les échelles cliniques du MMPI (sauf *Mf* et *Ma*) et les dimensions du SCL-90. Dinning et Evans interprète cette faible validité discriminante par le fait que les dimensions du SCL-90 ont en commun une composante d'anxiété et de dépression comme le confirment les corrélations élevées observées entre ces dimensions qui varient de .45 à .80 avec une médiane de .67. Tel que souligné précédemment, plusieurs études ont retrouvé des corrélations assez élevées du même ordre entre les dimensions du SCL-90-R (Hoffmann et Overall, 1978; Clark et Friedman, 1983; Duckro, Margolis et Tait, 1985; Fortin, Coutu-Wakulczyk et Engelsmann, 1989). La validité discriminante plutôt déficiente des dimensions du SCL-90-R nous reporte donc au problème de la validité de la structure factorielle établie à la section précédente. Encore une fois, ces observations nous portent à croire que la structure factorielle du SCL-90-R serait constitué soit d'un facteur unique ou du moins d'un nombre réduit de facteurs.

De plus, Dinning et Evans (1977) observent que les scores aux dimensions du SCL-90 sont influencés par le style de réponse des patients psychiatriques hospitalisés comme l'indiquent les corrélations significatives obtenues entre les scores aux dimensions du SCL-90-R et les échelles *K* et *L* de validité du MMPI ($-.25$, $-.44$). Ce résultat signifie que les patients qui ont tendance à être défensifs et à dissimuler montrent des scores

plus faibles aux neuf dimensions du SCL-90 alors que ceux qui aiment se montrer plus en détresse qu'ils ne le sont réellement (*fake bad*) présentent des scores plus élevés au niveau de plusieurs dimensions du SCL-90. Toutefois, on ne peut généraliser ces derniers résultats à d'autres types de population parce qu'à notre connaissance aucune autre étude ne s'est intéressée à vérifier ces relations. Aucune étude de la validité de convergence de la version française (québécoise) du SCL-90-R n'a été publiée jusqu'à maintenant quoique Mme Fabienne Fortin nous a fait part de données recueillies permettant d'analyser éventuellement les relations retrouvées entre le SCL-90-R et le MMPI chez la population québécoise francophone.

6. Validité du SCL-90-R avec une population alcoolique et/ou toxicomane

Plusieurs études descriptives effectuées auprès de sujets alcooliques et/ou toxicomanes ont utilisé le SCL-90-R pour évaluer la détresse psychologique de cette clientèle. Citons celle de Weiss *et al* (1988) qui ont observé que les toxicomanes alcooliques manifestaient des scores plus élevés à l'échelle dépression du SCL-90-R lors de leur admission à un centre de traitement que leurs pairs toxicomanes sans problème de dépendance à l'alcool. La symptomatologie dépressive des toxicomanes alcooliques telle qu'évaluée avec le SCL-90-R diminuait suite au traitement. La validité de ces observations est confirmée par des résultats similaires obtenus avec le BDI (Beck, 1967) et le HDRS (Hamilton Depression Rating Scale; Hamilton, 1960) ainsi que par le fait que les toxicomanes alcooliques étaient plus nombreux à recevoir un diagnostic de dépression majeure avec mélancolie. Dans une étude réalisée auprès de 164 toxicomanes sous traitement de méthadone, Jacobs, Doft et Koger (1981) retrouvent un indice global de sévérité de la détresse (IGS) de .80 supérieur à celui de la population générale (.31) mais plus faible que l'indice observé chez une population psychiatrique ambulatoire (1.26). Les scores de l'indice de détresse des symptômes positifs (IDSP), du total des symptômes positifs (TSP) et de l'IGS des patients sous méthadone correspondent davantage à ceux observés chez une population d'adolescents consultant en psychiatrie externe. Les scores observés aux différentes dimensions du SCL-90-R sont significativement plus élevés que ceux présentés par la population générale. Les femmes toxicomanes sous traitement de méthadone manifestent une détresse plus intense que les hommes comme le reflètent les scores

plus élevés de façon significative chez elles tant au niveau de l'IGS, du TSP, de l'IDSP qu'au niveau des neuf dimensions du SCL-90-R. Les auteurs concluent que le SCL-90-R constitue un test rapide, peu coûteux, facile à utiliser dans un contexte de traitement et qui donne une bonne information sur la détresse psychologique des patients permettant d'identifier promptement les sous-groupes de toxicomanes avec une détresse sévère.

Mercier *et al.* (1991) ont effectué une étude portant sur le profil des réponses des résidents de la Maison Jean Lapointe à la version française (québécoise) du SCL-90-R. Un total de 712 résidents de la Maison Jean Lapointe (580 hommes, 132 femmes alcooliques et toxicomanes) ont répondu au SCL-90-R à leur troisième semaine de séjour à ce centre de traitement privé pour alcooliques et toxicomanes. Le tableau 15 présente les scores moyens obtenus au SCL-90-R par la clientèle masculine de la MJL ainsi que la comparaison avec d'autres populations. Le profil de la clientèle masculine indique un indice global de sévérité (IGS) à 0.82, un indice de détresse des symptômes positifs (IDSP) à 1.64 ainsi qu'un total des symptômes positifs (TSP) à 41.25, indices plus élevés que ceux observés dans la population générale (population mixte de 974 personnes; Derogatis, 1977) qui sont respectivement de 0.31, 1.32 et 19.29. Les scores aux neuf dimensions du SCL-90-R sont également plus élevés chez les résidents de la MJL que dans la population générale.

TABLEAU 15

**RÉSULTATS AU SCL-90-R DE LA CLIENTÈLE MASCULINE DE LA MJL ET
COMPARAISON AVEC D'AUTRES POPULATIONS**

	Hommes alcooliques				Population générale		
	MJL		(1)		(2)	(3)	
	M	(É.T.)	M	(É.T.)	M	M	(É.T.)
SOM	0,75	(0,66)	1,23	(0,83)	0,89	0,36	(0,42)
O-C	1,07	(0,76)	1,18	(0,78)	1,26	0,39	(0,45)
S INT	0,86	(0,81)	0,96	(0,73)	1,00	0,29	(0,39)
DÉP	1,07	(0,78)	1,50	(0,73)	1,38	0,36	(0,44)
ANX	0,85	(0,79)	1,24	(0,78)	1,05	0,30	(0,37)
HOS	0,53	(0,67)	0,83	(0,73)	0,81	0,30	(0,40)
A PHO	0,40	(0,57)	0,69	(0,82)	0,54	0,13	(0,31)
I PAR	0,78	(0,75)	1,32	(0,89)	1,09	0,34	(0,44)
PSY	0,66	(0,63)	0,76	(0,52)	0,71	0,14	(0,25)
ADD	1,10	(0,73)	-	-	-	-	-
IGS	0,82	(0,63)	1,14	(0,62)	1,00	0,31	(0,31)
IDSP	1,64	(0,49)	2,30	(0,55)	1,80	1,32	(0,42)
TSP	41,25	(21,70)	43,38	(17,59)	49,00	19,29	(15,48)

1. 44 alcooliques en phase aiguë, Derogatis et coll., 1973.
2. 100 alcooliques traités dans un hôpital de vétérans, Schaefer et coll., 1987.
3. Population mixte de 974 personnes, Derogatis, 1977.

Toutefois, les scores obtenus à la MJL auprès d'une clientèle alcoolique et toxicomane sont inférieurs à ceux observés chez les deux échantillons alcooliques américains (44 alcooliques en phase aiguë, Derogatis *et al.*, 1973; 100 alcooliques traités dans un hôpital de vétérans, Schaefer *et al.*, 1987). De la même façon que dans les autres populations d'alcooliques, les scores les plus élevés se situent au niveau des dimensions *dépression* et *obsession-compulsion*. Plusieurs études ont d'ailleurs retrouvé une prévalence marquée de symptômes dépressifs ou de troubles de l'humeur chez des populations alcooliques pouvant être induits par la consommation elle-même ou pouvant être reliés à des troubles de la personnalité ou à des troubles affectifs indépendants de l'alcoolisme. Dans cette dernière étude (Mercier et al, 1991) l'évaluation est faite à la 3^{ème} et 4^{ème} semaine du stage; on peut donc supposer que les gens étaient alors abstinents. La contamination de l'effet d'intoxication est donc contrôlée. Quant aux scores élevés à la dimension obsession- compulsion, ils peuvent

être interprétés davantage comme une dysfonction cognitive plutôt que comme une névrose obsessionnelle. En effet, cinq des dix items de cette dimension reflètent des symptômes de déficit cognitif pouvant être reliés à une consommation abusive d'alcool. O'Donnell, De Soto et Reynolds (1984) ont d'ailleurs élaboré avec ces cinq items et trois autres items du SCL-90-R, une échelle de déficit cognitif qui indique des corrélations significatives avec des tests neuropsychologiques mesurant une dysfonction cognitive associée à un dommage cérébral. Les scores moyens obtenus par les résidents de la MJL aux dimensions *anxiété* et *anxiété phobique* sont deux à trois fois plus élevés que ceux manifestés par la population générale. Bien que l'interprétation des scores plus élevés à la dimension *anxiété* est difficile en raison de l'instabilité de cette dimension, la présence d'anxiété phobique a déjà été notée antérieurement chez des populations alcooliques. Schaefer, Sobieraj et Hollyfield (1987) ont d'ailleurs retrouvé une corrélation significative entre des scores élevés à la dimension *anxiété phobique* du SCL-90-R et la sévérité de la dépendance à l'alcool telle que mesurée par le SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire; Stockwell, Murphy et Hodgson, 1983). Le fait que les scores moyens à la dimension *sensibilité interpersonnelle* sont trois fois plus élevés chez les résidents de la MJL que ceux de la population générale, soulève l'existence de difficultés à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes chez les alcooliques. Les cotes à la dimension *psychotisme* tant chez les résidents de la MJL que chez les autres populations d'alcooliques sont cinq fois plus élevés que dans la population générale. Toutefois, il devient difficile d'interpréter ce dernier résultat puisque la dimension *psychotisme* montre une très faible stabilité factorielle.

TABLEAU 16

**RÉSULTATS AU SCL-90-R DE LA CLIENTÈLE FÉMININE DE LA MJL ET
COMPARAISON AVEC D'AUTRES POPULATIONS**

	<u>Femmes alcooliques</u>				<u>Population générale</u> (2)	
	M	MJL (É.T.)	Norvégiennes (1) M	(É.T.)	Femmes (Qc) M (É.T.)	
SOM	1,00	(0,91)	1,3	(0,9)	0,60	(0,53)
O-C	1,25	(0,98)	1,2	(0,9)	0,72	(0,53)
S INT	0,96	(0,95)	1,2	(0,9)	0,55	(0,52)
DÉP	1,28	(1,04)	1,2	(0,8)	0,66	(0,55)
ANX	1,10	(1,03)	1,4	(1,0)	0,55	(0,53)
HOS	0,61	(0,76)	0,8	(0,6)	0,50	(0,52)
A PHO	0,65	(0,84)	1,2	(1,2)	0,33	(0,47)
I PAR	0,85	(0,86)	1,1	(0,8)	0,63	(0,57)
PSY	0,74	(0,85)	0,6	(0,6)	0,25	(0,35)
ADD	1,20	(0,90)	-	-		
IGS	0,99	(0,84)	1,1	(0,7)	0,55	(0,40)
IDSP	1,84	(0,70)	1,9	(0,6)	1,43	(0,39)
TSP	42,24	(23,11)	50,1	(23,3)	32,86	(17,19)

1. 36 femmes norvégiennes, Haver, 1986.
2. 404 femmes choisies au hasard, Fortin-Coutu, 1985.

Les résidentes de la MJL présentent une détresse psychologique plus sévère que la population féminine québécoise (voir tableau 16). L'anxiété et l'anxiété phobique révèlent des scores deux fois plus intenses chez elles. L'échelle psychotique montre aussi des scores trois fois plus élevés chez les femmes alcooliques de la MJL. Les mêmes réserves soulevées précédemment chez les hommes quant à l'interprétation des scores élevés aux dimensions anxiété et psychotisme prévalent en raison de la faible stabilité factorielle de ces échelles. Les comparaisons effectuées entre les femmes alcooliques québécoises et norvégiennes (Haver, 1986) révèlent une sévérité des symptômes équivalente (IGS respectivement de .99 et de 1.1; IDSP : 1.84 et 1.9). Toutefois, les femmes alcooliques norvégiennes ont un TSP plus élevé signifiant des réponses positives à un plus grand nombre d'items (québécoises 42.24; norvégiennes : 50.1). Les norvégiennes ont des cotes plus élevées sur la majorité des dimensions mais ont en commun avec les québécoises des scores élevés aux dimensions *dépression*,

obsession-compulsion et *psychotisme* déjà observés chez les hommes alcooliques. Tel que présenté au tableau 17, la comparaison entre les hommes et les femmes alcooliques de la MJL indique une intensité plus sévère de la détresse chez les femmes alcooliques (IGS et IDSP). Les résidentes de la MJL montrent des scores significativement plus élevés que les hommes alcooliques au niveau de la *somatisation*, de l'*anxiété*, de l'*anxiété phobique* et de la *dépression*. Ces données corroborent les résultats des études épidémiologiques qui font état d'une prévalence plus élevée de troubles de santé mentale de type anxieux et dépressif chez les femmes.

TABLEAU 17

**RÉSULTATS AU SCL-90-R DE LA CLIENTÈLE DE LA MJL ET
COMPARAISON HOMMES-FEMMES**

	Hommes		Femmes		Total		Test "t"	
	M	(É.T.)	M	(É.T.)	M	(É.T.)	F	p
SOM **	0,75	(0,66)	1,00	(0,91)	0,81	(0,71)	2,9	0,00
O-C	1,07	(0,76)	1,25	(0,98)	1,11	(0,81)	1,9	0,06
S INT	0,86	(0,81)	0,96	(0,95)	0,88	(0,84)	1,0	0,30
DÉP*	1,07	(0,78)	1,28	(1,04)	1,12	(0,84)	2,1	0,04
ANX**	1,85	(0,79)	1,10	(1,03)	0,89	(0,84)	2,7	0,01
HOS	0,53	(0,67)	0,61	(0,76)	0,55	(0,69)	1,2	0,25
A PHO*	0,40	(0,57)	0,66	(0,84)	0,45	(0,63)	3,3	0,00
I PAR	0,78	(0,75)	0,85	(0,86)	0,81	(0,77)	0,9	0,37
PSY	0,66	(0,63)	0,74	(0,85)	0,68	(0,68)	1,0	0,30
ADD	1,10	(0,73)	1,20	(0,90)	1,12	(0,76)	1,1	0,26
IGS*	0,82	(0,63)	0,99	(0,84)	0,86	(0,67)	2,2	(0,03)
IDSP*	1,64	(0,49)	1,84	(0,70)	1,68	(0,54)	2,2	(0,03)
TSP	41,25	(21,70)	42,24	(23,11)	41,71	(22,10)	0,4	0,66

* Dimensions où la différence hommes-femmes est significative du point de vue statistique ($p < 0,05$).

** Dimensions où la différence hommes-femmes est hautement significative du point de vue statistique ($p < 0,01$).

Au plan de la validité avec corrélation des critères, Mercier *et al.* (1991) soulignent que les résultats obtenus au SCL-90-R pour les résidents de la MJL suggèrent une corrélation significative entre la sévérité des scores obtenus à ce questionnaire et le degré de gravité de l'alcoolisme telle que mesurée par l'«Alcohol Dependence Scale»

(ADS, Skinner et Horn, 1984). Cette hypothèse devrait être vérifiée par l'analyse des corrélations entre les scores au SCL-90-R et à l'ADS. Shaefer, Sobieraj et Hollyfield (1987) ont d'ailleurs retrouvé des corrélations significatives entre l'IGS, le TSP, l'IDSP et chacune des dimensions du SCL-90-R et un questionnaire de sévérité de la dépendance à l'alcool (SADQ, Severity of Alcohol Dependence Questionnaire; Stockwell, Murphy et Hodgson, 1983) chez un échantillon de 100 vétérans hospitalisés recevant un traitement pour l'alcoolisme. Les corrélations vont de .20 à .47 et sont indépendantes de l'âge, de la race, et la religion, du niveau d'éducation et du nombre de traitements reçus en externe. Le nombre de traitements à l'interne et la durée de l'histoire du traitement pour alcoolisme diminuent le degré de signification des corrélations entre le SADQ et le SCL-90-R (score global et dimensions) sauf pour les dimensions anxiété et dépression. Toutefois, les corrélations SADQ - SCL-90-R demeurent significatives à l'exception de l'hostilité et de l'idéation paranoïde qui perdent leur signification. De plus, les patients qui ont eu des épisodes répétés de traitement pour leur alcoolisme démontrent une dépendance à l'alcool plus sévère et plus de symptômes psychologiques au SCL-90-R sauf pour les dimensions somatisation et sensibilité interpersonnelle. Donc, plus la dépendance à l'alcool est marquée, plus elle s'accompagnerait de détresse psychologique et de troubles de santé mentale. Selon Schaefer, Sobieraj et Hollyfield (1987), le SCL-90-R conjointement avec le SADQ peuvent fournir des informations utiles aux cliniciens sur les symptômes de détresse psychologique qui accompagnent la dépendance à l'alcool. Ces informations peuvent être utilisées par les cliniciens pour élaborer des stratégies de traitement qui mettent un accent particulier sur les symptômes de détresse psychologique spécifiques qui peuvent être précurseurs des rechutes si non traités. Dans une étude subséquente, Schaefer, Sobieraj et Hollyfield (1988) retrouvent que le 1/3 des patients de ce même échantillon (100 vétérans alcooliques) ont subi des sévices physiques durant leur enfance. Les alcooliques ayant eu de tels sévices physiques dans l'enfance manifestent une détresse psychologique plus sévère aux différents indices globaux et aux dimensions du SCL-90-R que ceux qui n'ont pas eu à subir une telle violence.

Dans une étude réalisée auprès de 31 couples dont l'un des partenaires est alcoolique, Stenglass (1981) notent des corrélations élevées (.48 - .88) entre la sévérité de la détresse psychologique des partenaires non-alcooliques aux dimensions du SCL-90-R et la perception du conjoint alcoolique (avec une consommation active) au niveau de

l'importance des conséquences de son alcoolisme au plan comportemental et social, telle que mesurée par le SAAST (Self-Administered Alcoholism Screening Test, Swenson et Morse, 1975). Westermeyer et Neider (1988) retrouvent également des corrélations significatives entre des scores élevés à plusieurs dimensions du SCL-90 et un réseau social de petite dimension.

Dans le cadre d'une étude portant sur la sensibilité et la spécificité d'instruments de mesure de la dépression chez des toxicomanes, Rounsaville *et al.* (1979) rapportent une sensibilité satisfaisante de 94% pour l'échelle de dépression du SCL-90-R au niveau du dépistage des troubles dépressifs chez cette clientèle. Toutefois, la spécificité de l'échelle de dépression du SCL-90-R est plus faible se situant seulement à 39%, ce qui indique qu'elle diagnostique à tort comme dépressifs plusieurs cas qui ne le sont pas. Tel que souligné plus haut, dans le chapitre sur les notions de base en psychométrie, la spécificité réfère en effet à la proportion de *faux positifs* que détecte un test tandis que le concept de sensibilité évalue la capacité du test à éviter d'identifier des *faux négatifs*. Par ailleurs, le score global et le score à l'échelle de dépression du SCL-90-R montrent une bonne validité discriminante puisque les moyennes des scores à ces deux mesures sont plus élevées chez les toxicomanes avec un diagnostic de dépression.

Au plan de la validité prédictive, Rounsaville *et al.* (1982) observent que des scores élevés au SCL-90 au prétest (avant un programme de traitement) prédisent les symptômes psychologiques éprouvés par des opiomanes lors d'une relance six mois après le traitement. Steer (1983a) retrouvent que les scores à l'indice global de la sévérité de la détresse (IGS) du SCL-90-R prédisent de façon significative la durée du séjour à un traitement de counseling ambulatoire destiné à des toxicomanes. La durée du séjour s'avère plus longue pour les toxicomanes qui indiquent initialement des scores élevés à l'IGS, exprimant une détresse psychologique sévère. Dans une autre étude réalisée auprès de 244 hommes admis à un programme ambulatoire de traitement de l'alcoolisme, Steer (1983b) rapporte que des scores faibles à l'IGS du SCL-90-R contribuent avec l'âge et le statut occupationnel à distinguer les patients qui complètent de ceux qui ne terminent pas le programme de traitement. Les hommes plus âgés qui ont un emploi et qui indiquent une détresse psychologique moins sévère

au SCL-90-R sont plus susceptibles de compléter le programme que les hommes plus jeunes, sans emploi et manifestant une détresse plus sévère.

Dans leur ensemble, ces résultats font ressortir les qualités du SCL-90-R comme mesure de la détresse psychologique chez une population alcoolique et/ou toxicomane. Des scores élevés aux indices globaux de la sévérité (IGS, IDSP, TSP) peuvent servir aux cliniciens à identifier rapidement les individus les plus symptomatiques et à adapter leurs interventions en conséquence. Toutefois, l'interprétation des scores à certaines dimensions dont la stabilité factorielle n'a pas été démontrée demeure problématique, d'autant plus qu'à notre connaissance, aucune analyse factorielle du SCL-90-R n'a été effectuée auprès d'une population alcoolique et/ou toxicomane. Les relations positives observées entre des scores élevés au SCL-90-R et à plusieurs de ses dimensions et la sévérité de la dépendance à l'alcool, les antécédents de sévices physiques dans l'enfance chez des alcooliques et un réseau social de petite dimension chez des toxicomanes suggèrent une bonne validité de convergence de ce questionnaire chez une population d'alcooliques et/ou de toxicomanes. Les corrélations élevées retrouvées entre la sévérité de la détresse psychologique exprimée au SCL-90-R chez le partenaire non-alcoolique et la perception du conjoint alcoolique au niveau de l'importance des conséquences psychosociales de son alcoolisme vont dans le même sens. Des études suggèrent également une bonne validité prédictive des scores à l'IGS au niveau de la durée du séjour et le fait de compléter ou non un programme de traitement chez cette même population.

Toutefois, on ne peut encore répondre à la question de savoir si le niveau intense de détresse psychologique manifestée par les alcooliques et les toxicomanes précède ou est la conséquence des effets de sevrage associés à une consommation excessive et soutenue d'alcool ou de drogues. Seules des études longitudinales pourraient nous aider à répondre à cette question. Dans une étude intéressante sur la symptomatologie d'alcooliques abstinents (N=312) évalués à différentes périodes d'abstinence avec le SCL-90R, De Soto *et al.* (1985) retrouvent des scores élevés à l'IGS au cours des trois premières années d'abstinence, alors qu'ils diminuent graduellement jusqu'à un niveau pratiquement normal dix ans après la cessation de l'alcool. Quelle que soit la durée de l'abstinence, la symptomatologie est plus élevée au niveau des dimensions dépression, sensibilité interpersonnelle,

obsession-compulsion (signifiant davantage un déficit cognitif), et avec la persistance d'un sentiment de culpabilité, même plusieurs années après l'arrêt de la consommation d'alcool. De Soto *et al.* concluent que la symptomatologie élevée observée chez les alcooliques abstinents pendant plusieurs années serait associée à un syndrome de sevrage prolongé ("Protected Withdrawal Syndrom"; Kissin, 1979), à la présence d'un dommage cérébral partiellement réversible ainsi qu'à une dysfonction psychosociale (perte d'emploi et de statut social, etc) et une démoralisation secondaire à un alcoolisme actif. Dans cette optique, la diminution progressive de la sévérité de la détresse psychologique à l'IGS et des symptômes associés à chacune des dimensions du SCL-90-R témoigne d'une bonne sensibilité de ce questionnaire au changement associé à la durée de l'abstinence.

V - QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU BSI ("BRIEF SYMPTOM INVENTORY")

Le BSI ou "Brief Symptom Inventory" constitue la version de 53 items du SCL-90-R (Derogatis et Melisaratos, 1983). Cette version abrégée constitue le regroupement des items qui, sur un plan *théorique*, reflétaient le mieux les neuf dimensions de symptômes. Nous croyons qu'une sélection des items par la voie de l'analyse factorielle aurait été préférable et d'une plus grande validité. La version originale américaine ainsi que la version française du BSI (québécoise) apparaissent à l'appendice B. Tout comme pour le SCL-90-R, trois indices globaux de détresse peuvent être calculés avec le BSI soit l'IGS, l'IDSP et le TSP. Le test comporte aussi les mêmes neuf dimensions de symptômes primaires que le SCL-90-R. Le questionnaire peut être rempli facilement par des personnes de 13 ans et plus avec une scolarité équivalente à une sixième année. Une durée approximative de dix minutes suffit pour le compléter. Des *normes* existent pour trois types de population basées sur : (a) 1,002 patients psychiatriques ambulatoires; (b) 719 sujets normaux; (c) 313 patients psychiatriques hospitalisés.

La *consistance interne* (coefficient Cronbach alpha) ainsi que la *fidélité test-retest* du BSI ont été établies chez un échantillon de 1,002 patients consultant en psychiatrie ambulatoire. Le tableau 18 présente les coefficients alpha pour les neuf dimensions de symptômes de même que la fidélité test-retest pour ces mêmes neuf échelles ainsi que pour les trois indices

globaux du BSI. La consistance interne de chacune des neuf dimensions du BSI est satisfaisante allant de .71 (psychotisme) à .85 (dépression). La fidélité test-retest confirme la stabilité des neuf dimensions dans le temps.

TABLEAU 18

**COEFFICIENTS DE CONSISTANCE INTERNE ET DE FIDÉLITÉ TEST-RETEST
POUR LES NEUF DIMENSIONS DE SYMPTÔMES PRIMAIRES ET LES
TROIS INDICES GLOBAUX DE DÉTRESSE POUR LE BSI**

Dimensions	Consistance interne (coefficients alpha)	Test-retest
1. Somatisation	0,80	0,68
2. Obsession-compulsion	0,83	0,85
3. Sensibilité interpersonnelle	0,74	0,85
4. Dépression	0,85	0,84
5. Anxiété	0,81	0,79
6. Hostilité	0,78	0,81
7. Anxiété phobique	0,77	0,91
8. Idéation paranoïde	0,77	0,79
9. Psychotisme	0,71	0,79
Indices globaux		
IGS	--	0,90
IDSP	--	0,87
TSP	--	0,80

L'analyse des corrélations des scores aux neuf dimensions du BSI avec les scores aux échelles correspondantes du MMPI effectuée auprès d'un échantillon de 209 volontaires symptomatiques, révèle une *validité de convergence* satisfaisante quoique certaines corrélations ont des valeurs réduites (somatisation et obsession-compulsion) lorsqu'on les compare avec celles retrouvées entre le SCL-90-R et le MMPI (Derogatis, Rickels et Rock, 1976). Toutefois selon Derogatis et Melisaratos (1983), la réduction du nombre d'items affecterait peu la validité des dimensions.

Au plan de la *validité des concepts opérationnels*, une analyse des composantes principales avec rotation varimax fait ressortir neuf facteurs expliquant 44% de la variance (Derogatis et Melisaratos, 1983). Le premier facteur, *psychotisme*, regroupe quatre des cinq items

prévus. Le second facteur, *somatisation*, comporte les sept items hypothétiques. Les facteurs *hostilité*, *obsession-compulsion*, *idéation paranoïde*, *anxiété phobique* et *dépression* correspondent bien aux dimensions théoriques correspondantes. Le facteur *anxiété* se divise en deux facteurs (*anxiété panique* et *tension nerveuse*) ce qui confirme l'instabilité de cette échelle déjà observée dans les analyses factorielles du SCL-90-R. Le facteur *sensibilité interpersonnelle* ne ressort pas. Derogatis et Melisaratos concluent que sept des neuf dimensions théoriques sont confirmées par l'analyse factorielle. Toutefois, comme nous l'avons souligné précédemment avec le SCL-90-R, la méthode d'analyse factorielle utilisée par Derogatis et Melisaratos porte fréquemment à extraire un nombre trop élevé de facteurs souvent instables d'un échantillon à l'autre.

Le BSI a été utilisée avec succès pour évaluer la détresse psychologique de plusieurs types de population. Soulignons entre autres, l'étude de Kremer et Atkinson (1981) qui indique que le BSI montre une bonne validité de convergence avec d'autres échelles afin de prédire l'état affectif chez des patients souffrant de douleur chronique. Stefanek, Derogatis et Shaw (1987) ont pu identifier à l'aide du BSI, les patients atteints de cancer avec une détresse psychologique élevée. Derogatis *et al.* (1989) ont établi une classification valide de quatre types d'anaphrodisie chez les femmes en utilisant conjointement le BSI et le Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI). Peterson *et al.* (1981) rapportent une bonne validité prédictive du BSI chez une population consultant un centre de counseling.

Dans une étude effectuée auprès de 300 toxicomanes dans un centre de traitement ambulatoire, Royse et Drude (1984) retrouvent que le BSI démontre une bonne validité discriminante. Les scores à l'indice global de sévérité (IGS) distinguent correctement les patients qui rapportent une fréquence élevée de consommation de drogues (IGS plus élevé) de ceux qui en consomment peu ou pas (IGS plus faible). Les scores moyens à l'IGS sont aussi plus élevés chez les patients qui sont référés pour une hospitalisation par les cliniciens. De la même façon, le score moyen à l'IGS est plus élevé chez les toxicomanes qui sont affectés dans plusieurs sphères de leur vie par leur consommation que chez ceux dont la toxicomanie n'influence qu'un secteur de la vie. Toutefois, il faut souligner que le fait que les cliniciens aient consulté les réponses du BSI des toxicomanes - sans toutefois en connaître les scores - avant les entrevues évaluatives peut avoir influencé positivement les relations observées entre le BSI et les différents critères utilisés dans cette étude.

Les comparaisons entre le BSI et le SCL-90-R au niveau des coefficients de consistance interne cronbach alpha, des corrélations test-retest ainsi que des corrélations des dimensions avec les échelles correspondantes du MMPI, indiquent des valeurs quelque peu réduites pour le BSI. Toutefois, la fidélité et la validité du BSI apparaissent assez satisfaisantes.

VI - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le SCL-90-R constitue donc un questionnaire doté de qualités psychométriques satisfaisantes. Les études de fidélité indiquent une très bonne consistance interne ainsi qu'une bonne fidélité test-retest pour les trois indices globaux et les neuf dimensions du SCL-90-R tant pour la version originale anglaise que pour la version française (québécoise). Les études américaines révèlent également une validité de convergence acceptable pour chacune des neuf dimensions du SCL-90-R. La validité de différenciation est plus problématique puisque toutes les dimensions corrèlent assez fortement avec des échelles de dépression et d'anxiété. Cette dernière observation, conjuguée avec l'obtention de corrélations élevées entre les dimensions et de coefficients de consistance interne très élevés du score global, portent à croire que le SCL-90-R pourrait représenter davantage une mesure de détresse globale ou générale, plutôt que des dimensions spécifiques de la psychopathologie tel que conceptualisé par Derogatis (1977). L'analyse comparative des analyses factorielles du SCL-90-R fait d'ailleurs ressortir une instabilité factorielle pour plusieurs dimensions, notamment pour les échelles d'anxiété et de psychotisme. Selon Walkey et McCormick (1985), la méthode d'analyse factorielle utilisée dans ces études ainsi que le critère servant à la retenue des facteurs pourrait amener l'extraction d'un nombre trop élevé de facteurs et ainsi expliquer leur instabilité à travers différents échantillons. Walkey et McCormick proposent l'utilisation de la procédure Factorep (Walkey et McCormick, 1983) qui vise à extraire les facteurs communs à plusieurs échantillons, ce qui est susceptible de résulter en une stabilité factorielle accrue.

La version abrégée de 53 items du SCL-90-R, le BSI, présente une consistance interne, une fidélité test-retest ainsi qu'une validité de convergence acceptables quoique légèrement inférieures à celles retrouvées avec le SCL-90-R.

La validité du SCL-90-R auprès d'une population alcoolique et/ou toxicomane apparaît plutôt satisfaisante. Des études révèlent des corrélations significatives entre l'intensité de la détresse au SCL-90-R et la sévérité de l'alcoolisme. Il existe déjà d'importantes banques de données sur les réponses au SCL-90-R (version québécoise) tant à la Maison Jean Lapointe qu'au Centre Domrémy, qui n'ont pas été exploitées à leur juste valeur.

Sur un plan pratique, l'analyse des forces et des faiblesses du SCL-90-R au plan psychométrique nous porte à faire les recommandations suivantes, qui pourraient à notre avis accroître la validité de l'utilisation du SCL-90-R chez une population alcoolique et/ou toxicomane.

Recommandations

- 1- Autant dans sa version originale en anglais que dans sa version française développée au Québec par Fortin et Coutu-Walkulczyk, le questionnaire SCL-90-R possède de bonnes qualités psychométriques et peut-être utilisé avec confiance comme instrument de mesure de la détresse générale.
- 2- En plus de trois scores globaux de détresse, le questionnaire permet aussi d'obtenir des scores sur certaines dimensions spécifiques, telles que l'anxiété, la dépression, l'hostilité, l'idéation paranoïde, etc. Or, certaines études font ressortir une instabilité factorielle dans les échelles qui évaluent ces dimensions. Il apparaît donc plus prudent, dans l'état actuel des choses, d'utiliser le SCL-90-R pour évaluer la détresse générale plutôt que des dimensions spécifiques de psychopathologie.
- 3- Les banques de données du SCL-90-R disponibles à la Maison Jean-Lapointe et au Centre Domrémy pourraient être utilisées pour effectuer des analyses factorielles auprès de divers échantillons d'alcooliques et de toxicomanes, afin de déterminer la structure factorielle spécifique du SCL-90-R en utilisant de préférence la procédure FACTOREP. Cette méthode pourrait à la fois nous permettre d'obtenir des dimensions plus robustes et plus stables ainsi qu'un questionnaire composé d'un nombre réduit d'items, mais avec une validité accrue chez cette population.

- 4- Les mêmes banques de données pourront être utilisées pour établir des normes pour une population alcoolique et toxicomane des deux sexes (scores aux indices globaux et scores aux sous-échelles identifiées par les analyses factorielles).
- 5- Par ailleurs, il apparaît important d'effectuer une étude de validation du SCL-90-R en suivant un échantillon d'utilisateurs de substances psychoactives à partir du moment où ils font une demande de services dans un centre de réadaptation, puis à diverses phases du traitement et au cours d'une période de suivi.
- 6- Ces études seront d'autant plus valables si elles s'appuient sur une normalisation effectuée tant auprès des hommes et des femmes de la population générale, de façon à compléter l'excellent travail réalisé par Fortin et Coutu-Wakulczyk en 1985.

RÉFÉRENCES

- ALVIR, J., SCHOOLER, N.R., BORENSTEIN, M.T., WOERNER, M.G., KANE, J.M., (1988). The reliability of a shortened version of the SCL-90. *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (2), 242-246.
- ASBERG, M., MONTGOMERY, S.A., PERRIS, C., SCHALLING, D., SEDVALL, G., (1978) The comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Supplement*, 217, 5-27.
- BECK, A.T., (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- BOIVIN, D., LAFORGE, H. (1990). *Résultats d'une étude réalisée auprès de personnes alcooliques, en réadaptation externe*. (document de travail)
- BOLELOUCKY, Z., HORVATH, M. (1974). SCL-90 rating scale: First experience with the Czech version in healthy male scientific workers. *Activitas Nervosa Superior*, 16 (2), 115-111.
- CATTELL, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- CATTELL, R.B. (1978). *The scientific use of factors analysis in behaviour and life sciences*. New-York. Plenum Press.
- CATTELL, R.B., DREGER, R.M. (1977). *Handbook of Modern Personality theory*. Washington: Hemisphere Publishing Corp., Holsted Press.
- CATTELL, R.B., BALCARD, K.R., HORN, J.L., NESSELROADE, J.R., (1969). Factor matching procedures: an improvement of the s-index: With tables. *Educational and Psychological Measurement*, 29, 781-792.

- CRONBACH, L.J., (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- CLARK, A., FRIEDMAN., M.J., (1983). Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *Journal of Personality Assessment*, 47, (4), 397-404.
- CROWN, S., CRISP, A.H. (1970). *Manual of the Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)*. Barnstaple, Devon: Psychological test Publisher.
- CYR, J.J., McKENNA-FOLEY, J.M., PEACOCK, E. (1985) Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? *Journal of Personality Assessment*, 49 (6), 571-578.
- DEROGATIS, L.R. (1977). *SCL-90-R Administration scoring and procedures manual -1*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- DEROGATIS, L.R. (1989). Psychology in Cancer medicine: a perspective and overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 632-638.
- DEROGATIS, L.R., CLEARY, P.A., (1977 a). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33 (4), 981-989.
- DEROGATIS, L.R., CLEARY, P.A. (1977b). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90-R. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 347-356.
- DEROGATIS, L.R., MELISARATOS (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- DEROGATIS, L.R., WISE, T.N. (1989) Screening and psychological assessment of anxiety and depression, in: L.R. Derogatis et T.N. Wise (eds); *Anxiety and depression disorders in the medical patient*. Washington, DC: America Psychiatric Press, inc.

- DEROGATIS, L.R., LIPMAN, R.S. COVI, L. (1973). SCL-90-R. An outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- DEROGATIS, L.R., RICKELS, K., ROCK, A.F. (1976). The SCL-90-R and the MMP: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- DEROGATIS, L.R., LIPMAN., R.S. COVI, L., RICKELS, K. (1972) Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses. *Archives of General Psychiatry*, 27, 659-665.
- DEROGATIS, L.R., LIPMAN, R.S., RICKELS, K., UHLENHUTH, E.H., COVI, L. (1974). The Hopkins Symptom Check list (HSCL): a measure of primary symptom dimensions, *in*: P. Pichot (e.d.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. BASEL: KARGER.
- DEROGATIS, L.R., SCHMIDT, C.W., FAGAN, D.J., WISE, T.N. (1989). Subtypes of anorgasmia via mathematical taxonomy. *Psychosomatics*, 30 (2), 166-173.
- DE SOTO, C.B., O'DONNELL, W.E., ALFRED, L.J., LOPES, C.E. (1985). Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 9 (6), 505-512.
- DINNING, W.D., EVANS, R.E. (1977) Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 41 (3), 304-310.
- DUCKRO, P.N., MARGOLIS, R.B., TAIT, R.C. (1985) Psychological assessment in chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 41 (4), 499-504.
- EDWARDS, A.L. (1959). Social desirability and personality test construction, *in*: B.A. BASS, J.A. BERG (EDS), *Objective Approach to Personality*. New-York: Van Nostrand.
- ET LA SANTÉ, CA VA? (1987). Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1. Québec: Les publications du Québec.

- EVENSON, R.C., HOLLAND, R.A., MEHTA, S., YASIN, F. (1980). Factor analysis of the Symptom Checklist-90. *Psychological Reports*, 46, 695-699.
- EYSENCK, H.J. (1968). A factorial study of psychoticism as a dimension of personality. *Multivariate Behavioral Research, All. Clin. Spec. Issue*, 15-31
- FORTIN, M.F., COUTU-WAKULCZYK, G. (1985) Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale. Le SCL-90-R. Rapport final présenté au Conseil québécois de la recherche social (CQRS), Rs 787-583.
- FORTIN, M.F., COUTU-WAKULCZYK, G., ENGELSMANN, F. (1989). Contribution to the validation of the SCL-90-R in french-speaking women. *Health Care for Women International*, 10, 27-41.
- HAMILTON, M.A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- HAYER, B. Femal alcoholics. I. Psychosocial outcome six years after treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 74, 102-11.
- HOFFMANN, N.G., OVERALL, P.B., (1978) Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), 1187-1191.
- HOLCOMB, W.R., ADAMS, N.A., PONDER, H.M. (1983). Factor structure of the Symptom Checklist-90 with acute psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (4), 535-558.
- HURLEY, J.R., CATTELL, R.B. (1962). The procrustes program: producing direct rotation to test a hypothesized factor or structure. *Behavioral Science*, 7, 258-262.
- ILFELD, F.W. (1976). Further validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.

- ISHAK, A. (1992). Étude des qualités psychométriques de l'adaptation québécoise de l'instrument "Addiction Severity Index" (ASI). Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal, Département de Psychologie, Faculté des études supérieures.
- JACOBS, P.E., DOFT, E.B., KOGER, J. (1981). A study of SCL-90 scores of 264 methadone patients in treatment. *The International Journal of the Addictions*, 16 (3), 541-548.
- JERABEK, P., KLIMPL, P., BOLELOUCKY, Z. (1982). Factor analysis of the SCL-90 inventory. *Activitas Nervosa Superior*, 24 (3), 183-184.
- JORESKOG, K.G., SORBOM, P. (1979) *Advances in factor analysis and structural equation models*. Cambridge, MA: ABT BOOKS.
- KELLNER, R. (1971). Part 1, Improvement criteria in drug trials with neurotic patients. *Psychological Medicine*, 1, 416-425.
- KIM, K.I., WON, H.T., LEE, J.H., KIM, K.Y. (1978). Standardization study of Symptom Checklist-90 in Korea-. Characteristics of normal responses. *Journal of Korean Neuropsychiatric Assessment*, 17 449-458.
- KISSIN, B. (1979). Biological investigation in alcohol research, in: M. KELLER (ed.), *Research Priorities in Alcohol, Journal of Studies in Alcohol (Suppl.)*, 8, 146-181.
- KREMER, E., ATKINSON, H.J. (1981). Pain measurement: construct validity of the affective dimension of the McGill Pain Questionnaire with clinic benign pain patients. *Pain*, 11, 93-100.
- LIN, K.M., TAZUMA, L., MASUDA, M. (1979) Adaptional problems of Vietnamese refugees. Health and mental status. *Archives of General Psychiatry*, 16, 546-552.
- LIPMAN, R.S., COVI, L., SHAPIRO, A.K., (1979). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Factors derived from HSCL-90. *Journal of Affective Disorders*, 1, 9-24.

- LIPMAN, R.S., RICKELS, K., COVI, L., DEROGATIS, L.R., UHLENHUTH, E.H. (1969). Factors of symptom distress doctor ratings of anxious neurotic out patients. *Archives of General Psychiatry*, 21, 328-338.
- MARKS, J. (1969). *Fears and phobias*. New-York: Academic Press.
- MERCIER, C., BROCHU, S., GIRARD, M., GRAVEL J., OUELLET, R., PARÉ, R (1991). Dépendance aux substances psychotropes et santé mentale: le profil des résidents de la Maison Jean Lapointe au questionnaire SCL-90-R. Rapport de recherche présenté à la Maison Jean Lapointe, février 1991.
- MESSICK, S. (1981). Constructs and their vicissitudes in educational and psychological measurement. *Psychological Bulletin.*, 89, 575-588.
- McNAIR, D. (1974). Self-evaluations of anti-depressants *Psychopharmacologia*, 37, 281-302.
- NUNNALLY, J.C. (1976). *Psychometric theory 2nd ed*. New-York: McGraw-Hill.
- O'DONNELL, W.E., DE SOTO, C.B., REYNOLDS, D.M. (1984). A cognitive deficit subscale of the SCL-90-R. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 241-246.
- PARIENTE, P., GUELFY, J.D. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^{ère} partie: inventaires multidimensionnels. *Psychiatry and Psychobiology*, 5, 49-63.
- PARIENTE, P., LÉPINE, J.P., BOULENGER, J.P., ZARIFIAN, E., LEMPERIERE, T., LELLOUCH, J. (1989). The Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) in a French general psychiatric 708 outpatient sample: is there a factor structure? *Psychiatry and Psychobiology*, 4, 151-157.
- PETERSON, R.L., HODGE, E.A., KAUFER, L.G., MATTHEWS, S.R., PFEIFLE, H.H., VAN HEUSE, C.L. (1981). A group counseling emphasis at a university counselling service. *Psychotherapy theory and practice*, 18, 525-536.

- ROSKIN, M., DASBERG, H. (1983). On the validity of the Symptom Checklist-90 (SCL-90). A comparison of diagnostic self-ratings in general practice patients and "normals" based on the Hebrew version. *International Journal of Social Psychiatry*, 29, 225, 231.
- ROTH, M. (1959). The phobic-anxiety-depressionalization syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 52, 587.
- ROUNSAVILLE, B.J., WEISSMAN, M.M. ROSENBERGER, P.H. WILBER, C.H., KLEBER, H.D., (1979). Detecting depressives disorders in drug abusers. A comparison of screening instruments. *Journal of Affective Disorders*, 1, 255-267.
- ROUNSAVILLE, B.J., TIERNEY, T., CRITS-CHRISTOPH, K., WEISSMANN, M.M., KLEBER, H.D. (1982). Predictors of outcome in treatment of opiate addicts: evidence for the multidimensional nature of addict's problems. *Comprehensive Psychiatry*, 23 (5), 462-478.
- ROYSE, D., DRUDE, K. (1984). Screening drug abuse clients with the Brief Symptom Inventory. *The International Journal of the Addictions*, 19 (8), 849-857.
- SCHAEFER, M.R., SOBIERAJ, K., HOLLYFIELD, R.L. (1987). Severity of alcohol dependence and its relationship to additional psychiatric symptoms in male alcoholics inpatients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13 (4), 435-447.
- SCHAEFER, M.R., SOBIERAJ, K., HOLLYFIELD, R.L., (1988). Prevalence of childhood physical abuse in adult male veteran alcoholics. *Child Abuse & Neglect*, 12, 141-149.
- SHUTTY, M.S., DEGOOD, D.E., SCHWARTZ, D.P. (1986). Psychological dimensions of distress in chronic pain patients: A factor analytic study of Symptom Checklist-90 responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (6), 836-842.
- SKINNER, H., HORN, J. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS) user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, D.L., LUSHENE, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting psychologists.
- STEER, R.A. (1983a). Retention in drug-free counselling. *The International Journal of the Addictions*, 18 (8), 1109-1114.
- STEER, R.A. (1983b). Retention of driving-under-the-influence offenders in alcoholism treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 12, 93-96.
- STEER, R.A., HENRY, M.A. (1979). Relationship of level of functioning to self-reported and rated psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 35 (4), 769-772.
- STEFANEK, M.E., DEROGATIS, L.R., SHAW, A. (1987). Psychological distress among oncology patients. Prevalence and severity as measured by the Brief Symptom Inventory. *Psychosomatics*, 28 (10), 530-539.
- STEINGLASS, P., (1981). The impact of alcoholism on the family. *Journal of Studies on Alcohol*, 42 (3), 288-303.
- STOCKWELL, T., MURPHY, D., HODGSON, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addictions*, 78, 145-155.
- SWENSON, W.M., MORSE, R. (1975). The use of a Self administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in a medical center. *Mayo Clinical Proceedings*, 50, 204-208.
- THOITS, P.A. (1983). Dimensions of life events or influences upon the genesis of psychological distress and associated conditions: an evaluation and synthesis of the literature, in: H.B. Kaplan (ed). *Psychosocial stress: trends in theory and research*. New-York: Academic Press.
- WALKEY, F.H., McCORMICH, I.A. (1983). *Factorep: A pascal programme to examine factor replication*. Wellington, N.Z.: Victoria University of Wellington (Victoria University of Wellington Publications in Psychology no. 29).

- WALKEY, F.H., McCORMICK, I.A. (1985). Multiple replication of factor structure in a logical solution for a number of factors problem. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 57-62.
- WASKOW, J. PARLOFF, M. (1975). *Psychotherapy change measures*. (DHEW Publication no. 74-120), U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- WEISS, R.D., MIRIN, S.M., GRIFFIN., M.L., MICHAEL, J.L., (1988). A comparison of alcoholic and nonalcoholic drug abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 49 (6), 510-515.
- WEISSMAN, M., SHOLOMSKAS, D., POTTENGER, M., PRUSOFF, B.A., LOCKE, B.Z., (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106, 203-214.
- WELCH, G.W., ELLIS, P.M., (1991). Factorep: a new tool to explore dimensions of depression. *Journal of Affective Disorders*, 21, 101-108.
- WELCH, G.W., SMITH, R.B.W., WALKEY, F. (sous presse). Styles of psychological adjustment in diabetes: A focus in key psychometric issues and the ATT39. *Journal of Clinical Psychology*.
- WESTERMEYER, J., NEIDER, J. (1988). Social Networks and psychopathology among substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 145 (10), 1265-1269.
- WHITAKER, L.C. (1973). *Manual for the Whitaker Index of Schizophrenic thinking*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- WILSON, J.H., TAYLOR, P. ROBERTSON, G. (1985). The validity of the SCL-90 in a sample of British men remanded to prison for psychiatric reports. *British Journal of Psychiatry*, 147, 400-403.
- WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.

WU, W.Y. (1986). Trial use of the self-report symptom inventory in the evaluation of neurosis. *Chung-Hua Shen Ching Ching Shen K'O TSA CHIH*, 19 (5), 291-293.

ANNEXE A

SCL-90-R - version originale

INSTRUCTIONS:

Below is a list of problems people sometimes have. Please read each one carefully, and circle the number to the right that best describes HOW MUCH THAT PROBLEM HAS DISTRESSED OR BOTHERED YOU DURING THE PAST 7 DAYS INCLUDING TODAY. Circle only one number for each problem and do not skip any items. If you change your mind, erase your first mark carefully. Read the example below before beginning, and if you have any questions please ask about them.

SEX

MALE

FEMALE

NAME: _____

LOCATION: _____

EDUCATION: _____

MARITAL STATUS: MAR. ___ SEP. ___ DIV. ___ WID. ___ SING. ___

DATE		
MO	DAY	YEAR

ID. NUMBER

AGE

VISIT NUMBER: _____

EXAMPLE

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:

	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY
1. Bodyaches	0	1	2	3	4

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:

	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY	
1. Headaches	1	0	1	2	3	4
2. Nervousness or shakiness inside	2	0	1	2	3	4
3. Repeated unpleasant thoughts that won't leave your mind	3	0	1	2	3	4
4. Faintness or dizziness	4	0	1	2	3	4
5. Loss of sexual interest or pleasure	5	0	1	2	3	4
6. Feeling critical of others	6	0	1	2	3	4
7. The idea that someone else can control your thoughts	7	0	1	2	3	4
8. Feeling others are to blame for most of your troubles	8	0	1	2	3	4
9. Trouble remembering things	9	0	1	2	3	4
10. Worried about sloppiness or carelessness	10	0	1	2	3	4
11. Feeling easily annoyed or irritated	11	0	1	2	3	4
12. Pains in heart or chest	12	0	1	2	3	4
13. Feeling afraid in open spaces or on the streets	13	0	1	2	3	4
14. Feeling low in energy or slowed down	14	0	1	2	3	4
15. Thoughts of ending your life	15	0	1	2	3	4
16. Hearing voices that other people do not hear	16	0	1	2	3	4
17. Trembling	17	0	1	2	3	4
18. Feeling that most people cannot be trusted	18	0	1	2	3	4
19. Poor appetite	19	0	1	2	3	4
20. Crying easily	20	0	1	2	3	4
21. Feeling shy or uneasy with the opposite sex	21	0	1	2	3	4
22. Feelings of being trapped or caught	22	0	1	2	3	4
23. Suddenly scared for no reason	23	0	1	2	3	4
24. Temper outbursts that you could not control	24	0	1	2	3	4
25. Feeling afraid to go out of your house alone	25	0	1	2	3	4
26. Blaming yourself for things	26	0	1	2	3	4
27. Pains in lower back	27	0	1	2	3	4
28. Feeling blocked in getting things done	28	0	1	2	3	4
29. Feeling lonely	29	0	1	2	3	4
30. Feeling blue	30	0	1	2	3	4
31. Worrying too much about things	31	0	1	2	3	4
32. Feeling no interest in things	32	0	1	2	3	4
33. Feeling fearful	33	0	1	2	3	4
34. Your feelings being easily hurt	34	0	1	2	3	4
35. Other people being aware of your private thoughts	35	0	1	2	3	4

Copyright © 1975 by Leonard R. Derogatis, Ph.D.

Please continue on the following page ▶

Annexe A

SCL-90-R - version originale

Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:		NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY	
36.	Feeling others do not understand you or are unsympathetic	36	0	1	2	3	4
37.	Feeling that people are unfriendly or dislike you	37	0	1	2	3	4
38.	Having to do things very slowly to insure correctness	38	0	1	2	3	4
39.	Heart pounding or racing	39	0	1	2	3	4
40.	Nausea or upset stomach	40	0	1	2	3	4
41.	Feeling inferior to others	41	0	1	2	3	4
42.	Soreness of your muscles	42	0	1	2	3	4
43.	Feeling that you are watched or talked about by others	43	0	1	2	3	4
44.	Trouble falling asleep	44	0	1	2	3	4
45.	Having to check and double-check what you do	45	0	1	2	3	4
46.	Difficulty making decisions	46	0	1	2	3	4
47.	Feeling afraid to travel on buses, subways, or trains	47	0	1	2	3	4
48.	Trouble getting your breath	48	0	1	2	3	4
49.	Hot or cold spells	49	0	1	2	3	4
50.	Having to avoid certain things, places, or activities because they frighten you	50	0	1	2	3	4
51.	Your mind going blank	51	0	1	2	3	4
52.	Numbness or tingling in parts of your body	52	0	1	2	3	4
53.	A lump in your throat	53	0	1	2	3	4
54.	Feeling hopeless about the future	54	0	1	2	3	4
55.	Trouble concentrating	55	0	1	2	3	4
56.	Feeling weak in parts of your body	56	0	1	2	3	4
57.	Feeling tense or keyed up	57	0	1	2	3	4
58.	Heavy feelings in your arms or legs	58	0	1	2	3	4
59.	Thoughts of death or dying	59	0	1	2	3	4
60.	Overeating	60	0	1	2	3	4
61.	Feeling uneasy when people are watching or talking about you	61	0	1	2	3	4
62.	Having thoughts that are not your own	62	0	1	2	3	4
63.	Having urges to beat, injure, or harm someone	63	0	1	2	3	4
64.	Awakening in the early morning	64	0	1	2	3	4
65.	Having to repeat the same actions such as touching, counting, or washing	65	0	1	2	3	4
66.	Sleep that is restless or disturbed	66	0	1	2	3	4
67.	Having urges to break or smash things	67	0	1	2	3	4
68.	Having ideas or beliefs that others do not share	68	0	1	2	3	4
69.	Feeling very self-conscious with others	69	0	1	2	3	4
70.	Feeling uneasy in crowds, such as shopping or at a movie	70	0	1	2	3	4
71.	Feeling everything is an effort	71	0	1	2	3	4
72.	Spells of terror or panic	72	0	1	2	3	4
73.	Feeling uncomfortable about eating or drinking in public	73	0	1	2	3	4
74.	Getting into frequent arguments	74	0	1	2	3	4
75.	Feeling nervous when you are left alone	75	0	1	2	3	4
76.	Others not giving you proper credit for your achievements	76	0	1	2	3	4
77.	Feeling lonely even when you are with people	77	0	1	2	3	4
78.	Feeling so restless you couldn't sit still	78	0	1	2	3	4
79.	Feelings of worthlessness	79	0	1	2	3	4
80.	The feeling that something bad is going to happen to you	80	0	1	2	3	4
81.	Shouting or throwing things	81	0	1	2	3	4
82.	Feeling afraid you will faint in public	82	0	1	2	3	4
83.	Feeling that people will take advantage of you if you let them	83	0	1	2	3	4
84.	Having thoughts about sex that bother you a lot	84	0	1	2	3	4
85.	The idea that you should be punished for your sins	85	0	1	2	3	4
86.	Thoughts and images of a frightening nature	86	0	1	2	3	4
87.	The idea that something serious is wrong with your body	87	0	1	2	3	4
88.	Never feeling close to another person	88	0	1	2	3	4
89.	Feelings of guilt	89	0	1	2	3	4
90.	The idea that something is wrong with your mind	90	0	1	2	3	4

Copyright © 1975 by Leonard R. Derogatis, Ph. D.

Annexe A

SCL-90-R - version originale

ANNEXE B

SCL-90-R - version française (québécoise)

No. Dossier: _____ DATE: _____

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le chiffre qui décrit le mieux jusqu'à quel point VOUS AVEZ ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI. N'oubliez pas d'encercler le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Excessivement
1. Maux de tête.....	0	1	2	3	4
2. Nervosité ou impressions de tremblements intérieurs.....	0	1	2	3	4
3. Pensées désagréables répétées dont vous ne pouvez pas vous débarrasser.....	0	1	2	3	4
4. Faiblesses ou étourdissements.....	0	1	2	3	4
5. Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel.....	0	1	2	3	4
6. Envie de critiquer les autres.....	0	1	2	3	4
7. L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées.....	0	1	2	3	4
8. L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes.....	0	1	2	3	4
9. Difficulté à vous rappeler certaines choses.....	0	1	2	3	4
10. Inquiétude face à la négligence et l'insouciance.....	0	1	2	3	4
11. Facilement irrité(e) ou contrarié(e).....	0	1	2	3	4
12. Douleurs au coeur ou à la poitrine.....	0	1	2	3	4
13. Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue.....	0	1	2	3	4
14. Sentiment de vous sentir au ralenti ou de manquer d'énergie.....	0	1	2	3	4
15. Des pensées suicidaires.....	0	1	2	3	4
16. Entendre des voix que les autres n'entendent pas.....	0	1	2	3	4
17. Des tremblements.....	0	1	2	3	4
18. Le sentiment que vous ne pouvez avoir confiance en personne.....	0	1	2	3	4
19. Manque d'appétit.....	0	1	2	3	4
20. Pleurer facilement.....	0	1	2	3	4

ANNEXE B

Pas du tout	Un peu	Modé- rément	Beau- coup	Excessi- vement
----------------	-----------	-----------------	---------------	--------------------

21. Timidité ou maladresse avec les personnes du sexe opposé	0	1	2	3	4
22. Sentiment d'être pris(e) au piège.....	0	1	2	3	4
23. Soudainement effrayé(e) sans raison	0	1	2	3	4
24. Crises de colère incontrôlable.....	0	1	2	3	4
25. Peur de sortir seul(e) de la maison	0	1	2	3	4
26. Vous blâmer vous-mêmes pour certaines choses.....	0	1	2	3	4
27. Douleurs au bas du dos.....	0	1	2	3	4
28. Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout.....	0	1	2	3	4
29. Sentiment de solitude	0	1	2	3	4
30. Sentiment de tristesse (avoir les "bleus").....	0	1	2	3	4
31. Vous en faire à propos de tout et de rien	0	1	2	3	4
32. Manque d'intérêt pour tout	0	1	2	3	4
33. Vous sentir craintif(ve).....	0	1	2	3	4
34. Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)	0	1	2	3	4
35. L'impression que les autres sont au courant de vos pensées in- times.....	0	1	2	3	4
36. Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou n'ont pas de sympathie pour vous.....	0	1	2	3	4
37. Sentiment que les gens ne sont pas aimables ou ne vous aiment pas.....	0	1	2	3	4
38. Faire les choses très lentement pour vous assurer qu'elles sont bien faites.....	0	1	2	3	4
39. Avoir des palpitations ou sentir votre coeur battre très vite et fort.....	0	1	2	3	4
40. Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac.....	0	1	2	3	4
41. Vous sentir inférieur(e) aux autres.....	0	1	2	3	4
42. Douleurs musculaires	0	1	2	3	4
43. Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
44. Difficulté à vous endormir.....	0	1	2	3	4
45. Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites.....	0	1	2	3	4
46. Difficulté à prendre des décisions.....	0	1	2	3	4
47. Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train	0	1	2	3	4

ANNEXE B

SCL-90-R - version française (québécoise)

Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R

48. Difficulté à prendre votre souffle	0	1	2	3	4
49. Bouffées de chaleurs ou frissons	0	1	2	3	4
50. Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur	0	1	2	3	4
51. Des blancs de mémoire	0	1	2	3	4
52. Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps (ex. bras, jambes, figure, ...).....	0	1	2	3	4
53. Une boule dans la gorge	0	1	2	3	4
54. Sentiment de pessimisme face à l'avenir.....	0	1	2	3	4
55. Difficulté à vous concentrer.....	0	1	2	3	4
56. Sentiment de faiblesses dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
57. Sentiment de tension ou de surexcitation	0	1	2	3	4
58. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.....	0	1	2	3	4
59. Pensées en relation avec la mort	0	1	2	3	4
60. Trop manger	0	1	2	3	4
61. Vous sentir mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou que l'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
62. Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous.....	0	1	2	3	4
63. Envie de frapper, d'injurier ou de faire mal à quelqu'un.....	0	1	2	3	4
64. Vous réveiller tôt le matin.....	0	1	2	3	4
65. Besoin de répéter les mêmes actions telles que toucher, compter, laver,	0	1	2	3	4
66. Avoir un sommeil agité ou perturbé.....	0	1	2	3	4
67. Envie de briser ou de fracasser des objets	0	1	2	3	4
68. Avoir des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas ...	0	1	2	3	4
69. Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes.....	0	1	2	3	4
70. Vous sentir mal à l'aise dans des foules telles qu'au centre d'achat ou au cinéma	0	1	2	3	4
71. Sentiment que tout est un effort.....	0	1	2	3	4
72. Moments de terreur ou de panique	0	1	2	3	4
73. Sensation d'inconfort d'avoir à boire ou à manger en public	0	1	2	3	4
74. Vous disputer souvent	0	1	2	3	4

ANNEXE B

SCL-90-R - version française (québécoise)

Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Excessivement
-------------	--------	------------	----------	---------------

75. Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e)	0	1	2	3	4
76. Vous n'êtes pas reconnu(e) à votre juste valeur	0	1	2	3	4
77. Sentiment de solitude même avec d'autres	0	1	2	3	4
78. Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez rester en place	0	1	2	3	4
79. Sentiment d'être bon(ne) à rien	0	1	2	3	4
80. Sentiment qu'il va vous arriver quelque chose de néfaste	0	1	2	3	4
81. Crier et lancer des objets	0	1	2	3	4
82. Peur de perdre connaissance en public	0	1	2	3	4
83. Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire	0	1	2	3	4
84. Des pensées sexuelles qui vous troublent beaucoup	0	1	2	3	4
85. L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés	0	1	2	3	4
86. Pensées ou visions qui vous effraient	0	1	2	3	4
87. L'idée que votre corps est sérieusement atteint	0	1	2	3	4
88. Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4
89. Avoir des sentiments de culpabilité	0	1	2	3	4
90. L'idée que votre esprit (tête) est dérangé	0	1	2	3	4

FIN DU QUESTIONNAIRE

REMARQUES

Copyright © 1982 by Leonard Derogatis, Ph.D.
 Traduit et adapté par Fabienne Fortin, Ph.D et GINETTE Coutu Wakulczyk, M.Sc.

ANNEXE B

SCL-90-R - version française (québécoise)

Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R

ANNEXE C

BSI - version originale

Name: _____ Patient No.: _____ Technician _____
 Location: _____ Visit No.: _____ Mode: S-R _____ Nar _____
 Age: _____ Sex: M _____ F _____ Date: _____ Remarks: _____

INSTRUCTIONS

Below is a list of problems and complaints that people sometimes have. Read each one carefully, and select one of the numbered descriptors that best describes HOW MUCH DISCOMFORT THAT PROBLEM HAS CAUSED YOU DURING THE PAST _____ INCLUDING TODAY. Place that number in the open block to the right of the problem. Do not skip any items, and print your number clearly. If you change your mind, erase your first number completely. Read the example below before beginning, and if you have any questions, ask the technician.

EXAMPLE

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:

Ex. Body Aches..... Ex.

Answer
3

- 0 Not at all
 1 A little bit
 2 Moderately
 3 Quite a bit
 4 Extremely

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:

- 0 Not at all
 1 A little bit
 2 Moderately
 3 Quite a bit
 4 Extremely

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:

1. Nervousness or shakiness inside
2. Faintness or dizziness
3. The idea that someone else can control your thoughts
4. Feeling others are to blame for most of your troubles
5. Trouble remembering things
6. Feeling easily annoyed or irritated
7. Pains in heart or chest
8. Feeling afraid in open spaces
9. Thoughts of ending your life
10. Feeling that most people cannot be trusted
11. Poor appetite
12. Suddenly scared for no reason
13. Temper outbursts that you could not control
14. Feeling lonely even when you are with people
15. Feeling blocked in getting things done
16. Feeling lonely
17. Feeling blue
18. Feeling no interest in things
19. Feeling fearful
20. Your feelings being easily hurt
21. Feeling that people are unfriendly or dislike you
22. Feeling inferior to others
23. Nausea or upset stomach
24. Feeling that you are watched or talked about by others
25. Trouble falling asleep
26. Having to check and doublecheck what you do
27. Difficulty making decisions

28. Feeling afraid to travel on buses, subways, or trans
29. Trouble getting your breath
30. Hot or cold spells
31. Having to avoid certain things, places, or activities because they frighten you
32. Your mind going blank
33. Numbness or tingling in parts of your body
34. The idea that you should be punished for your sins
35. Feeling hopeless about the future
36. Trouble concentrating
37. Feeling weak in parts of your body
38. Feeling tense or keyed up
39. Thoughts of death or dying
40. Having urges to beat, injure, or harm someone
41. Having urges to break or smash things
42. Feeling very self-conscious with others
43. Feeling uneasy in crowds
44. Never feeling close to another person
45. Feelings of terror or panic
46. Getting into frequent arguments
47. Feeling nervous when you are left alone
48. Others not giving you proper credit for your achievements
49. Feeling so restless you couldn't sit still
50. Feelings of worthlessness
51. Feeling that people will take advantage of you if you let them
52. Feelings of guilt
53. The idea that something is wrong with your mind

COPYRIGHT © 1975 BY LEONARD R. DEROGATIS, PH.D.

ANNEXE D

BSI - version française (québécoise)

INVENTAIRE BREF DES SYMPTÔMES

Traduction du Brief Symptom Inventory (BSI) ©
par Fabienne Fortin et Ginette Coutu-Wakulczyk

NOM : -----

EVALUATRICE : -----

4

PRENOM: -----

DATE : -----

Jour/Mois/Année

5 6 7 8 9

EVALUATION NO.: -----

10

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le chiffre qui décrit le mieux A QUEL POINT VOUS AVEZ ETE INCOMMODEE PAR CE PROBLEME DURANT LES SEPT(7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI?

(Encerclez le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses)

- 0 = PAS DU TOUT
- 1 = UN PEU
- 2 = PASSABLEMENT
- 3 = BEAUCOUP
- 4 = EXCESSIVEMENT

A QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR:

1. Nervosité ou impression de tremblements intérieurs.....	0	1	2	3	4	_
2. Faiblesses ou étourdissements.....	0	1	2	3	4	_
3. L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées.....	0	1	2	3	4	_
4. L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes.....	0	1	2	3	4	_
5. Difficulté à vous rappeler certaines choses...	0	1	2	3	4	_
6. Vous sentir facilement irrité(e) et contrarié(e).....	0	1	2	3	4	_
7. Douleurs au coeur ou à la poitrine.....	0	1	2	3	4	_
8. Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue...	0	1	2	3	4	_

© Copyright 1982 by Leonard R. Derogatis

INVENTAIRE BREF DES SYMPTÔMES

(Encercliez le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses)

0 = PAS DU TOUT
 1 = UN PEU
 2 = PASSABLEMENT
 3 = BEAUCOUP
 4 = EXCESSIVEMENT

A QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR:

9. Des pensées suicidaires.....	0	1	2	3	4	_
10. Le sentiment que vous ne pouvez pas avoir confiance en personne.....	0	1	2	3	4	_
11. Manque d'appétit.....	0	1	2	3	4	_
12. Soudainement effrayé(e) sans raison.....	0	1	2	3	4	_
13. Crises de colère incontrôlables.....	0	1	2	3	4	_
14. Sentiment de solitude même avec d'autres.....	0	1	2	3	4	_
15. Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout.....	0	1	2	3	4	_
16. Sentiment de solitude.....	0	1	2	3	4	_
17. Sentiment de tristesse (avoir les "bleus")....	0	1	2	3	4	_
18. Manque d'intérêt pour tout.....	0	1	2	3	4	_
19. Vous sentir craintive.....	0	1	2	3	4	_
20. Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e).....	0	1	2	3	4	_
21. Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou n'ont pas de sympathie pour vous.....	0	1	2	3	4	_
22. Vous sentir inférieur(e) aux autres.....	0	1	2	3	4	_
23. Nausée, douleurs ou malaises à l'estomac.....	0	1	2	3	4	_
24. Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4	_

ANNEXE D

BSI - version française (québécoise)

Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R

INVENTAIRE BREF DES SYMPTÔMES

(Encercler le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses)

0 = PAS DU TOUT
 1 = UN PEU
 2 = PASSABLEMENT
 3 = BEAUCOUP
 4 = EXCESSIVEMENT

A QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR:

25. Difficulté à vous endormir.....	0	1	2	3	4	_
26. Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites.....	0	1	2	3	4	_
27. Difficulté à prendre des décisions.....	0	1	2	3	4	_
28. Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train.....	0	1	2	3	4	_
29. Difficulté à prendre votre souffle.....	0	1	2	3	4	_
30. Bouffées de chaleur ou des frissons.....	0	1	2	3	4	_
31. Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur.....	0	1	2	3	4	_
32. Des blancs de mémoire.....	0	1	2	3	4	_
33. Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps (ex. bras, jambes, figures, etc.).....	0	1	2	3	4	_
34. L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés.....	0	1	2	3	4	_
35. Sentiment de pessimisme face à l'avenir.....	0	1	2	3	4	_
36. Difficulté à vous concentrer.....	0	1	2	3	4	_
37. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.....	0	1	2	3	4	_
38. Sentiment de tension ou de surexcitation.....	0	1	2	3	4	_
39. Pensée en relation avec la mort.....	0	1	2	3	4	_

ANNEXE D

BSI - version française (québécoise)
 Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R

INVENTAIRE BREF DES SYMPTÔMES

(Encercler le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses)

0 = PAS DU TOUT
 1 = UN PEU
 2 = PASSABLEMENT
 3 = BEAUCOUP
 4 = EXCESSIVEMENT

A QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR:

40. Envies de frapper, injurier ou faire mal à quelqu'un.....	0	1	2	3	4	_
41. Envies de briser ou de fracasser des objets...	0	1	2	3	4	_
42. Tendance à l'anxiété en présence de d'autres personnes.....	0	1	2	3	4	_
43. Vous sentir mal à l'aise dans des foules (centre d'achat, cinéma, etc.).....	0	1	2	3	4	_
44. Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre.....	0	1	2	3	4	_
45. Moments de terreur et de panique.....	0	1	2	3	4	_
46. Vous disputer souvent.....	0	1	2	3	4	_
47. Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e).....	0	1	2	3	4	_
48. Sentiment que vous n'êtes pas reconnu(e) à votre juste valeur.....	0	1	2	3	4	_
49. Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez pas rester en place.....	0	1	2	3	4	_
50. Sentiment d'être bon(n)e à rien.....	0	1	2	3	4	_
51. Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laisser faire.....	0	1	2	3	4	_
52. Avoir des sentiments de culpabilité.....	0	1	2	3	4	_
53. L'idée que votre esprit (tête) est dérangé....	0	1	2	3	4	_

ANNEXE D